

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES



Radicación: 2023047044-088-000

Fecha: 2024-06-05 07:35 Sec. día 2340

Anexos: No

Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES
Tipo doc: 576-576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Remite: 80010-6-80010-GRUPO DE FUNCIONES JURISDICCIONALES
UNO
Destinatario: 80000-80000-DELEGATURA PARA FUNCIONES
JURISDICCIONALES

Referencia: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR – ARTÍCULOS 57 y 58 DE LA LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO-.

Número de Radicación : 2023047044-088-000
Trámite : 506 FUNCIONES JURISDICCIONALES
Actividad : 576 576-SENTENCIA ESCRITA ACCEDE
Expediente : 2023-2040
Demandante : ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ

Demandados : BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Habiéndose surtido las etapas correspondientes, en cumplimiento de lo señalado en la audiencia del pasado 20 de mayo del 2024, de conformidad con lo establecido en el numeral 5 del artículo 373 del Código General del Proceso, la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera, procede a proferir la siguiente:

SENTENCIA

La señora **ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ** actuando en causa propia, formuló acción de protección al consumidor de la cual da cuenta los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y artículo 24 del Código General del Proceso en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y **BBVA COLOMBIA S.A.**, pretendiendo lo siguiente:

- “1. Que se obligue a La compañía BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., al pago de la indemnización correspondiente por el valor de la deuda al banco BBVA Oficina Lórica. Así que solicito a ustedes ser garantes de mi reclamación ante la compañía BBVA Seguros de vida Colombia S.A, pues en mi actual estado de salud estos recursos me ayudan a tener un poco de tranquilidad y mejor calidad de vida, por la liberación de la deuda por la suma de \$30.313.876,00 (Treinta millones trescientos trece mil ochocientos setenta y seis mil pesos m/l)*
- 2. Se pretende con la presente, la liquidación legal y justa de acuerdo a la reglamentación y el clausulado para este tipo de seguros.*
- 3. Que se obligue al Banco BBVA oficina a Lórica a devolver a mi cuenta de ahorros las cuotas que fueron debitas por concepto del crédito a partir del 03 de agosto del año 2022 en adelante.”*

Demandada que fue admitida mediante auto que reposa en el derivado 002 del expediente, seguidamente fueron debidamente notificadas las demandadas, quienes se opusieron en oportunidad a las pretensiones de la demandada con la formulación de sendas excepciones de mérito, de las que se le corrió traslado a la parte actora como consta en el derivado 018 quien descorrió en término las excepciones como consta en el derivado 019, posteriormente se convocó a las partes a audiencia inicial precisando que se agotaría la etapa de la conciliación de conformidad con la regla sexta del artículo 372 al cual remite el artículo 392 del Código General del Proceso, la cual se declaró fallida y se convocó a las partes para la continuación de la audiencia. Agotadas las etapas procesales de que trata el artículo 392 el cual remite a los artículos 372 y 373 del Código General del Proceso, procede el despacho a resolver en derecho la controversia planteada, de conformidad con las pruebas legal y oportunamente allegadas al plenario y las disposiciones que regulan tanto al contrato de seguro como a la actividad aseguradora, ante la ausencia de discusión sobre la naturaleza del contrato base de controversia.

Para este propósito, encontrándose reunidos los presupuestos procesales para proferir un fallo de mérito, sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, partiendo de la competencia otorgada a la Delegatura conforme con los artículos 57 de la Ley 1480 de 2011 y 24 del Código General del Proceso, en virtud de la cual la Superintendencia Financiera de Colombia cuenta con las facultades propias de un juez para decidir de manera definitiva *“las controversias que surjan entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas relacionadas exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público”*, en ejercicio de la acción invocada por la actora y que el artículo 56 de la Ley 1480 de 2011 ha denominado Acción de Protección al Consumidor; corresponde al Despacho establecer si le asiste responsabilidad contractual a **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.** y/o a **BBVA COLOMBIA S.A.** en virtud de la póliza de vida grupo en la que fue vinculada la señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ en virtud del crédito identificado con el numero terminado en ****7669, con ocasión del dictamen de PCL del 100% acta 233 /22/LMMM emitido por la junta de calificación de pérdida de capacidad laboral de la clínica del norte fechada del 3 de agosto del año 2022 en afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente y si en virtud de ello se accede o no a las pretensiones de la demanda.

Sea lo primero pronunciarse sobre las excepciones propuestas por la aseguradora intituladas como *“PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011”* y *“PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.”* Las cuales no se encuentran fundadas en hechos relacionados con la presente controversia contractual, sino solicita al despacho que si las encuentra probadas asilo declare, respecto de lo cual, es preciso indicar que el despacho no encuentra probadas ninguna de las dos prescripciones de las que tratan las excepciones precitadas, por lo que se tendrán como no probadas.

Superado lo anterior, y siendo pacífico entre las partes la existencia del contrato de seguro que sirve de fundamento de la acción, es del caso advertir el mismo corresponde a un contrato de seguro, el cual se encuentra regulado en el Código de Comercio en el Título V del LIBRO CUARTO, artículos 1036 al 1162, así como a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto-Ley 663 de 1993), el Decreto 2555 de 2010 y la Circular Básica Jurídica, entre otras disposiciones, debiéndose resaltar en materia de protección al consumidor la Ley 1328 del 2009, y en lo no regulado por esta, por la Ley 1480 del 2011 –Estatuto del consumidor-, atendiendo a que la actividad aseguradora presenta un interés público cuya actividad en el territorio nacional se encuentra restringida y regulada.

Debiendo resaltar que dentro de las citadas disposiciones, el artículo 1056 del Código de Comercio faculta a las compañías de seguros para que atendiendo unos parámetros económicos, legales, técnicos y actuariales –propios de la actividad aseguradora- pudieran éstas asumir, con la salvedad de los seguros

obligatorios, los riesgos que le sean puestos a su consideración, al disponer que, *“Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurable o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”*.

Siendo expresión de la citada potestad, la posibilidad de determinar los riesgos cuya materialización entran a ser amparados por las entidades aseguradoras al momento de otorgar la cobertura, fuera mediante la definición del amparo o mediante el pacto de condiciones contractuales encaminadas a delimitar determinado riesgo, como fueran las exclusiones a las coberturas, las cuales al ser convalidada por el tomador del seguro, y aceptada por el asegurado, se constituye en ley para aquellos, conforme lo prevén los artículos 1602 del Código Civil y 871 del Código de Comercio.

Ahora bien, dado el escenario de protección constitucional en que se ejerce la acción de la referencia, y partiendo de los planteamientos efectuados por los opuestos procesales en sus diferentes intervenciones, se debe insistir que ni la facultad de delimitación de los riesgos dada por la ley a las aseguradoras, ni la naturaleza de adhesión del contrato de seguro, les permiten a las entidades sustraerse de las obligaciones establecidas por la ley, en especial aquellas de protección del consumidor financiero de que da cuenta el título I de la Ley 1328 de 2009.

Por lo que sea del caso reiterar lo expuesto por esta Superintendencia en diferentes decisiones, sobre la especial protección que le resulta exigible a la aseguradora frente a los deberes que para la protección de los consumidores estableció el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en sus artículos 100 y 184, así como la Ley 1328 de 2009, en particular las obligaciones de *“Entregar el producto o prestar el servicio debidamente, es decir, en las condiciones informadas, ofrecidas o pactadas con el consumidor financiero, y emplear adecuados estándares de seguridad y calidad en el suministro de los mismos”* y *“Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado”* de conformidad con lo dispuesto en los literales b) y c) del artículo 7.

Y es que atendiendo al interés público que cobija la actividad aseguradora, es que el contrato incorpora las citadas regulaciones especiales en protección del consumidor, que resultan de imperativo cumplimiento para la entidad vigilada por la SFC, y constituyen lineamientos dentro de los cuales se cumplen las obligaciones contractuales pactadas, comoquiera que se trata de derechos del consumidor financiero protegidos *“durante todos los momentos de su relación con la entidad vigilada”*, como lo establece el artículo 5 de la misma ley.

En efecto, ha sostenido la Corte Constitucional en sentencia C-640 de 2010, respecto a la luz del régimen de protección al consumidor financiero:

“...la actividad financiera, bursátil y aseguradora es, pues, una actividad esencial para el desarrollo económico; constituye principal mecanismo de administración del ahorro del público y de financiación de la inversión pública y privada y está fundada en un pacto intangible de confianza. Se trata de la confianza por parte de los usuarios en que las obligaciones derivadas de la respectiva obligación serán rutinariamente satisfechas. Y esa confianza está a su vez cimentada en una regulación adecuada y en la convicción pública de que las entidades que hacen parte del sistema están vigiladas técnica y profesionalmente”.

Ya en punto de la actividad aseguradora, en la citada providencia, la Corte Constitucional, remitiéndose a lo dicho en la sentencia C-409 de 2009, afirmó que el mecanismo de previsión del riesgo que ofrece el sector asegurador formal:

“se fundamenta en el propósito de cumplir con la función social consistente no sólo en proteger el patrimonio del asegurado o amparar a los beneficiarios del seguro por los daños que ocasionó

la ocurrencia del hecho riesgoso cubierto (que ya es mucho), sino en proteger la confianza y la seguridad que reclama la economía de mercado y en general el desenvolvimiento de la vida social y económica del mundo contemporáneo, intangibles valiosos propios a toda sociedad con un estadio medianamente avanzado de civilización, y por los cuales los seguros en general, representan aspectos vitales en las relaciones humanas”.

Así entonces, el ejercicio de la actividad aseguradora conlleva implícitamente el cumplimiento por parte de la entidad que a ello se dedica profesionalmente, de los deberes especiales que le son exigibles, correlativos al beneficio que ésta recibe por la prestación de sus servicios.

De allí la importancia, que, en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Lo anterior sin perjuicio de las prácticas de protección propia de los consumidores, a quienes corresponde, conforme el literal b) del artículo 6° de la norma en comento que dispone *“Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas”*. De lo anterior, se concluye que existen obligaciones tanto en cabeza de las entidades vigiladas de cumplir con lo ofertado, como de los consumidores, que deben informarse sobre los productos que piensan adquirir o emplear, todo ello en el marco del contrato suscrito entre las partes y siempre que sus disposiciones no conlleven cláusulas abusivas que restrinjan los derechos del consumidor financiero ni releven de responsabilidad a la entidad vigilada.

Y es que, en cuanto al deber de información se refiere, se tiene que el consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradora con el consumidor financiero. En palabras de la Corte Constitucional en sentencia T-136 del 2013 ***“DERECHO DE INFORMACION EN EL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Prohibición de cláusulas y prácticas abusivas. El acceso completo, veraz y oportuno a la información -que es una condición elemental, inherente a toda actividad de consumo- adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”***.

A lo anterior, ha de sumarse lo referente a la debida diligencia que se requiere de las entidades vigiladas, soportadas en el principio contenido en el literal a) del artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, en virtud del cual *“Se establecen como principios orientadores que rigen las relaciones entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, los siguientes: a) Debida diligencia. Las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, a fin de que estos reciban la información y/o la atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones. En tal sentido, las relaciones entre las*

entidades vigiladas y los consumidores financieros deberán desarrollarse de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas ... c) Transparencia e información cierta, suficiente y OPORTUNA. Las entidades vigiladas DEBERÁN SUMINISTRAR A LOS CONSUMIDORES financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas”.

Aspecto que ha sido igualmente refrendado por el Tribunal Superior de Bogotá Sala Civil en sentencia del 3 de diciembre del 2021, Magistrado Ponente Ricardo Acosta Buitrago, expediente 11001-31-99-003-2020-01643-01 que conoció en segunda instancia el recurso de alzada contra la sentencia proferida por esta Delegatura en el expediente 2020-1643, al indicar lo siguiente:

“1. Esta causa se promovió como una acción del consumidor financiero, luego su análisis se debe agotar con atención a los principios que informan esta clase de asuntos, según lo dispuesto por las Leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011. En particular se destacan, del Título I de la primera regulación, contentivo del “régimen de protección al consumidor financiero”, que su artículo 3 consagró i) la debida diligencia que las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia deben emplear en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores, lo que implica que, en el desarrollo de sus relaciones, “se propenda por la satisfacción de las necesidades del consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas” (literal a) y ii) la obligación de transparencia que les impone “suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigilada” (literal c, ibídem), sin perjuicio de otras disposiciones aplicables al respecto.

A su vez, el artículo 7 asignó a las entidades vigiladas obligaciones en torno al producto que ofrecen, como “suministrar información comprensible y publicidad transparente clara, veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (lit. c) y “elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación...” (lit. f). Esto encuentra eco en el artículo 23 de la Ley 1480 de 2011, al consagrar que “los proveedores y productores deberán suministrar a los consumidores información, clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea sobre los productos que ofrezcan (...)”.

Las citadas disposiciones evidencian que “el consumidor ostenta una posición de especial protección en las relaciones jurídicas, cuya salvaguarda debe estar garantizada por el ordenamiento jurídico”, al reconocer “la existencia de asimetrías negócias asociadas a la dinámica propia del mercado”.

Específicamente, sobre el acceso completo, veraz y oportuno a la información, como condición elemental, inherente a toda actividad de consumo, ha dicho la Corte Constitucional que ... “adquiere especial trascendencia en el marco del sistema financiero, en razón a los contratos de adhesión que suelen ofrecer las entidades vigiladas en el mercado, a la complejidad de los términos contractuales que se manejan y al estado de indefensión en que se encuentran los usuarios. Siendo así, la información es una de las herramientas clave para empoderar al ciudadano en su ejercicio contractual, tanto antes de la celebración de un contrato, como durante su ejecución y aún después de la terminación del mismo, con el fin de precaver que la libertad contractual se emplee abusivamente en detrimento de otros derechos fundamentales. Es por ello que cualquier restricción

injustificada al acceso a la información debe entenderse como una práctica abusiva, propiciada por el poder dominante del que gozan las entidades aseguradoras y bancarias”.

Por otra parte, la Corporación (Corte Constitucional) explicó: “entre los principios que deben regir las relaciones de las entidades financieras y los consumidores, según lo establece el literal a) del artículo 3 de la ley 1328 de 2009, se encuentra el relativo a la debida diligencia. De tal principio se deriva un verdadero derecho subjetivo del consumidor financiero a ser atendido de forma respetuosa. Ello implica que el comportamiento de las entidades financieras debe orientarse a la satisfacción de las necesidades del consumidor de conformidad con la oferta, el compromiso y las obligaciones acordadas”.

Lo anterior aunado a lo expuesto por la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia: SC3791-2021. Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Radicación: 2000I-31-03-003-2009-00143-01. 1º de septiembre de 2021.

“El asegurador, cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar las hipótesis normativas dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe de quien hizo la declaración contrariando la realidad. Lo mismo, empero, no sucede con la relevancia o trascendencia. La razón estriba en que la infidelidad en la declaración del estado del riesgo es un hecho atribuible al tomador o al asegurado, mientras que la posibilidad de celebrar o no el contrato o de hacerlo en condiciones más onerosas es una cuestión predicable del asegurador. Por eso se ha sostenido que la entidad aseguradora es la única que puede saber con certeza «(i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato» 11. Así que ajustado el seguro se presume su validez. Y quien pretenda probar en contrario le corresponde armar la prueba respectiva. Si es la aseguradora, acreditar la reticencia o inexactitud, y la I incidencia del hecho en la emisión del consentimiento”.

Así las cosas, para el caso en cuestión, no solo se debe estar a las disposiciones que regulan al contrato de seguro, sino a las que establecen las condiciones de la actividad dentro del que se enmarca el de protección al consumidor, demás aplicable en el presente caso, atendiendo a que el actor como asegurado del amparo pretendido tiene la calidad de consumidor financiero. Elemento relevante en cuanto el desconocimiento o insatisfacción de obligaciones derivadas del negocio jurídico o de cualquier convención válida, imponen a la parte incumplida la carga de las consecuencias desfavorables, situación que en la doctrina y la jurisprudencia se ha denominado como “*responsabilidad contractual*”, en cuyo marco se analizará el caso concreto atendiendo la competencia de la Delegatura.

Definido lo anterior, en cuanto a la información suministrada a la consumidora asegurado hoy demandante, en el interrogatorio de parte rendido en audiencia la demandante manifestó que no fue informada sobre el contrato de seguro de vida grupo deudor objeto del litigio, que ella se presentó en la oficina del banco en el municipio de Lorica departamento de Córdoba, solicitando un crédito que le fue ofrecido mediante correo electrónico y luego mediante llamada telefónica, para adquirir un crédito que tenía pre aprobado por 70 millones de pesos, sin embargo, ella manifestó que solo le interesaba un préstamo por la suma de 30 millones de pesos, manifestó que se presentó con un cabestrillo porque para ese momento ella tenía una afección en su hombro y le entregaron los documentos para adquirir el crédito, no supo que adquirió el contrato de seguro de vida grupo deudor, ni siquiera recibió información de un seguro de vida individual del que se dio cuenta posteriormente y solicitó su terminación por lo que no era su voluntad adquirir dicho contrato.

Respecto del seguro de vida grupo deudor que nos ocupa, manifestó que no recibió información, reconoció que diligenció y firmó el formato de solicitud de vinculación allegado al proceso y que esa era su firma, pero no le hicieron pregunta por pregunta de la declaración de asegurabilidad, tampoco le entregaron

copia de dicho documento, del contrato de seguro o de su clausulado general y particular. Situación que fue corroborada por la asesora comercial escuchada en audiencia, no se le entregaron copias a la demandante, no se le leyó pregunta por pregunta de la declaración tampoco y que la señora si demandante SÍ manifestó que tenía una lesión en el hombro y que ella la vio con el cabestrillo y que le contó que tenía túnel del carpio respecto de lo cual no consideró necesario inscribir la información de enfermedad en la declaración de asegurabilidad.

Ahora bien, cuando se le preguntó al representante legal de la aseguradora como fue la entrega del contrato de seguro, póliza, condicionado general y particular manifestó que no conocía como fue en el caso en particular pero que la solicitud de seguro individual del seguro de vida grupo deudor, así mismo, el representante de la entidad financiera manifestó en general como se coloca el crédito y se da la comercialización del contrato de seguro en general sin que le constara como fue la entrega de la información a la consumidora.

Aunado a que, de oficio, se requirió a la aseguradora para que allegara constancia de entrega de la póliza y las condiciones del contrato en la respuesta a las pruebas de oficio decretadas manifestó que la prueba de entrega es el documento allegado e intitulado como

Solicitud de vinculación. Aunado a lo anterior, de oficio se decretó el testimonio de la asesora comercial que comercializó el contrato de seguro, quien fue escuchada en audiencia y corroboró lo mencionado por la actora en cuanto a que la señora demandante compareció al banco con un cabestrillo cuando fue a adquirir el crédito y también que conversaron por un tiempo prolongado, pero que no le hizo las preguntas que aparecen en el formulario de solicitud del contrato de seguro en el acápite de declaración de asegurabilidad, sino que le entregó el mismo para que ella lo leyera y lo diligenciara en lo que la consumidora considerara necesario, tampoco le mencionó la necesidad de inscribir los antecedentes médicos que la llevaron a usar la protección que tenía en su brazo.

De lo anterior, se tiene que en el presente caso no se hicieron las preguntas que se relacionan en el acápite de declaración de asegurabilidad del documento intitulado solicitud individual de seguro, no se le entregó copia de ese documento, tampoco de la póliza ni de su clausulado general y particular, también que la asesora si vio que la señora demandante tenía puesto un cabestrillo que le impedía su movilidad normal y no consideró relevante indicarle a la consumidora que debía inscribir en el formulario el antecedente médico con base en el cual debía usar dicho elemento, lo anterior, teniendo en cuenta lo manifestado por el perito que compareció a la presente acción, quien indicó que la enfermedad del hombro y del manguito rotador no sería visible para cualquier persona.

Definido lo anterior y el marco normativo precitado, identifica el despacho que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la asegurada/beneficiaria como a la aseguradora en el artículo 1077 del Código de Comercio, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo que procede entonces el Despacho al estudio de los motivos de inconformidad expuestos por la demandada, los cuales se tradujeron en los medios exceptivos propuestos por la aseguradora y analizado el presente caso a la luz del citado precepto normativo, tenemos que la controversia tiene por fuente la afectación del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza del contrato de seguro vida grupo deudores número certificado individual en el que fungió como asegurada el señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ en calidad de deudor del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****7669 cuyo tomador es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Al respecto, toda vez que de conformidad con el artículo 1046 del Código de Comercio, el contrato de seguro se prueba por confesión o por escrito, mediante la póliza de seguro, que contiene la información y documentales enunciadas en los artículos 1047 y 1048 de la misma codificación, vistas las documentales allegadas al plenario sin que fueran desconocidas en su oportunidad por los opuestos procesales, se encuentra que el aludido seguro, corresponde a los denominados seguros de grupo, catalogado como colectivo, en donde una persona natural o jurídica a nombre de terceros o con el fin de amparar un interés particular, asegura simultáneamente y bajo una misma póliza a un número plural de riesgos (en este caso el señora demandante), sin que las infracciones respecto de una de las personas o intereses afecten a los demás, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 1064 del Código de Comercio.

Ahora bien, visto que las partes tuvieron como hecho probado los siguientes:

1. *“La señora ASALIA STELLA SANCHEZ adquirió un contrato de crédito identificado con el numero terminado ****7669 por un valor de 30.000.000 con BANCO BBVA COLOMBIA y fue desembolsado el día 10 de febrero de 2022.*
2. *La Señora ASALIA STELLA SANCHEZ diligencio y firmó declaración de asegurabilidad y/o solicitud certificado individual seguro de vida grupo deudores consumo y comercial fechada del 10 de febrero de 2022.*
3. *La señora ASALIA STELLA SANCHEZ fue vinculada como asegurada a la póliza de vida grupo deudores tomada por BANCO BBVA COLOMBIA con BBVA SEGUROS DE VIDA en virtud del crédito identificado con el número ****7669 certificado individual en el que fungió como asegurada.*
4. *La señora ASALIA STELLA SANCHEZ fue dictaminada con una PCL del 100% mediante acta número 233 /22/LMMM emitido por la junta de calificación de la Clínica del Norte fechada del 3 de agosto del año 2022 con fecha de estructuración de ese mismo día 3 de agosto de 2022.*
5. *con base en el dictamen de PCL la señora SANCHEZ presentó solicitud de afectación de la póliza a la aseguradora demandada mediante correo electrónico remitido el 21 de septiembre de 2022.*
6. *La aseguradora objetó la reclamación mediante comunicación del 26 de septiembre de 2022 y ratificó la misma mediante comunicaciones de noviembre de 2022 y 29/11/2022, respuestas citadas en la comunicación de marzo de 2023.”*

Por lo anterior, se tiene que la existencia de dicho contrato de seguro en el que el demandante fungió como asegurado y BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. como aseguradora, respecto del contrato de crédito identificado con el número terminado en ****7669 adquirido por la actora con BBVA COLOMBIA S.A. y que para la vinculación de la asegurada se tuvo en cuenta la declaración de asegurabilidad fechada del 10 de febrero de 2022.

Citado lo anterior, se tiene que la aseguradora fundamentó la excepción intitulada como “NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO” en que el asegurado hoy demandante dejó de informar a la aseguradora respecto de su estado de salud, en la declaración de asegurabilidad, se procede a su estudio inicial.

En que la señora demandante respondió no en las preguntas sobre su estado de salud que le indagaban sobre si había padecido de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidentes cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, discopatía, si

presenta o ha presentado cáncer o tumor de cualquier clase, si había sido sometida a una intervención quirúrgica y si sufre de incapacidad física o mental.

Y para este propósito se tiene que, en interrogatorio de parte practicado a la demandante, se informó que cuando adquirió el contrato de crédito identificado con el número terminado en ****7669 manifestó que no le fue realizada pregunta por pregunta por parte de la asesora, tampoco le informó la necesidad de inscribir sus antecedentes médicos, aunado a que en las preguntas que reposan en dicho documento, no encontró patologías relacionadas con sus antecedentes médicos y estado de salud, por lo que marcó no, lo anterior, aunado a que la asesora comercial le dijo que no era relevante poner en el formato la información relacionada con su enfermedad en el hombro que sí le contó a ella y que en audiencia la asesora manifestó que la señora ASALIA si le habló sobre su hombro siendo visible el cabestrillo que llevaba, sin embargo, la actora consideraba que se trataba de algo pasajero que no incidiría en una eventual pérdida de capacidad laboral. Así mismo, se puso de presente que la asesora no le hizo pregunta por pregunta ni le informó la importancia de inscribir su estado real de salud en dicho formulario, que solo le fue requerida su firma para el crédito, así mismo, respondió que conoció del contrato de seguro objeto del litigio, luego de que recibió su calificación de pérdida de capacidad laboral y un abogado la asesoró sobre la posibilidad de teniendo la calificación podría afectar la póliza que ampara el crédito tomado con la entidad financiera.

En igual sentido, la asesora comercial que compareció a rendir testimonio decretado de oficio por el despacho, manifestó que recordaba a la señora ASALIA STELLA SANCHEZ que recuerda haber conversado con ella, ofrecerle un crédito por un valor pre-aproado de 70 millones que ella no aceptó, que tenía un cabestrillo puesto, que no le leyó las preguntas de la declaración de asegurabilidad y que no le dio copia del documento o documentos relacionados con el contrato de seguro objeto de litigio a la demandante, situación que conllevó a que no se demostrará el cumplimiento del deber de información que le asiste a la aseguradora.

Lo anterior aunado a que si bien se demostró la existencia de enfermedades padecidas por la actora antes del inicio de vigencia del contrato de seguro como: *“Síndrome de abducción dolorosa del hombro”* y *“Síndrome del túnel carpiano y estrés”*, como las relacionadas en el dictamen pericial aportado al proceso que se citan como *“Trastornos del Hombro”* y *“Estrés grave crónico”* que la aseguradora argumenta que si hubiese tenido conocimiento se hubiese abstenido de otorgar el amparo de incapacidad total y permanente.

Con todo, llama la atención que en la declaración de asegurabilidad no aparecen relacionadas esas enfermedades, aunado a que, en testimonio rendido por la funcionaria del área técnica de la aseguradora escuchada en audiencia, frente a la pregunta de que si estaba familiarizada con las tablas de la Swiss Re manifestó que no y en la contradicción del dictamen el perito manifestó que la enfermedad del hombro y del manguito estarían para excluir esa cobertura parcialmente de acuerdo con dichas tablas pero como en las pólizas de vida grupo no se manejan exclusiones parciales, están se excluyen totalmente de conformidad con la tabla del reasegurador que la funcionaria del área técnica de la aseguradora no recuerda.

Al respecto, en consideración a la Jurisprudencia de la Corte Constitucional reciente, que recoge el entendimiento que sobre el artículo 1058 del Código de Comercio ha realizado la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, se tiene que la reticencia del tomador ocurre cuando al momento de firmar el contrato declara de manera inexacta el estado del riesgo. No obstante, no toda reticencia conlleva la nulidad del contrato de seguro. Advirtiendo la sala que:

“El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en

el artículo 1058 del CCo. Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De acuerdo con el inciso 1° del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: (i) el elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la preexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro”(Corte Constitucional, Sentencia T-025 del 2024, Mp. Cristina Pardo Schlesinger)

Lo anterior, debería de significar que la demandante debía de tener la intención de no haber dicho que padecía de las enfermedades que comportan la reticencia, teniendo la intención de inducir a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. a un error que la hubiese retraído de celebrar el contrato.

Siendo así, consultados los extractos de la historia clínica allegada con la contestación de la demanda (derivados 013 y 014), el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido mediante acta número 233 /22/LMMM de la Junta de Calificación de la Clínica del Norte fechada del 3 de agosto del año 2022 y dada la manifestación de la demandante en interrogatorio de parte, es cierto que la señora ASALIA STELLA SANCHEZ tuvo las patologías sobre las cuales la aseguradora objeta la reclamación. Pero, nunca pudo saber que, tenía que informarlas a la aseguradora en su declaración de asegurabilidad.

Lo anterior, necesariamente debe de acompañarse con el deber de información que se le ha de dar a los consumidores, más si se tiene acreditado que, la señora ASALIA STELLA SANCHEZ no fue debidamente informada como se evidenció delantamente, bajo la premisa, que salta a la luz, lo referente al acceso a la información, teniendo en cuenta que en relaciones de consumo que surgen tanto de este tipo de negocio jurídico como de cualquier otro, el derecho a recibir información oportuna, clara, precisa e idónea es un derecho del consumidor, cuya prevalencia tiene sus cimientos desde la Constitución Política de Colombia, cuando en su artículo 78 estatuyó que “*la ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización*”, postulado que sedesarrolló en el ya varias veces citado título primero de la Ley 1328, donde a su vez se destaca, dentro de la contratación financiera, la obligación según la cual la información debe ser “*cierta, suficiente y oportuna*” y, en particular, que la que “*se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado*” para que “*el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio*”, al punto que el incumplimiento de la obligación da derecho al consumidor financiero “*de finalizar el contrato sin penalidad alguna, sin perjuicio de las obligaciones que según el mismo contratodeba cumplir*” (artículos 9 y 10).

De allí la importancia, que, en relación con el contrato de seguro, no sólo de la claridad de las cláusulas contenidas en la póliza sino del conocimiento y oportunidad que de las mismas deba brindarse a los consumidores por parte de las entidades aseguradoras, esto con el fin que tengan la oportunidad de optar, en caso de insatisfacción de sus necesidades, por emprender las acciones correspondientes, sin que tal deber pueda ser delegado en un tercero como pudiera ser el tomador de la póliza.

Así, se tiene en el caso que, a la actora no se le brindó la debida información para que se demostrara su voluntad de omitir su verdadero estado de salud, sino que ni siquiera se le preguntó por parte de la asesora. Ahora bien, aun así, se le haya preguntado lo cierto es que las preguntas que se encuentran en el acápite de declaración de asegurabilidad son genéricas y tampoco son puntuales sobre los

padecimientos que tuvo el asegurado antes de ingresar a la póliza y no permiten que con precisión el asegurado manifieste su estado de salud.

Siendo así, la Corte Constitucional ha afirmado que al momento de hacer y diligenciar las declaraciones de asegurabilidad estas deben de incluir en la póliza claramente las preexistencias a las que hacen referencia, de lo contrario se entenderá que estos eventos los ha asumido:

“En este sentido, la aseguradora tiene el deber de <estipular en el texto de la póliza, clara y expresamente, las exclusiones o preexistencias que resulten de la información suministrada por el usuario y de su investigación>. Si el asegurador no excluye claramente las preexistencias que le fueron informadas, se entiende que las conocía y decidió ampararlas. Al respecto, la Corte Constitucional ha enfatizado los hechos advertidos por el asegurador en el momento previo a la suscripción del contrato, que puedan generar siniestros futuros, pero frente a los cuales se guardó silencio, <se deberán considerar como irrelevantes para la compañía aseguradora y por lo tanto se erigirán como riesgos amparados>” (se resalta) (Corte Constitucional, Sentencia T-025 del 2024, Mp. Cristina Pardo Schlesinger)

Con ello, yendo sobre el contenido de la declaración de asegurabilidad se evidencia que, al accionante se le indagó únicamente por:

¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?		X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?		X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?		X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:		

Nunca se expresa taxativamente que debía informar los padecimientos de hombro, túnel carpiano y estrés que poseía. Con lo cual, este asumió al momento de diligenciar el estado del riesgo que la aseguradora cubriría dichas patologías, como elemento objetivo y respecto del elemento subjetivo- sobre la necesidad para la aseguradora de que el consumidor de conocer o deber conocer la informe. De esta manera, la señora ASALIA STELLA SANCHEZ al guardar silencio de sus padecimientos, no tuvo la intención de inducir a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. a un error que la hubiera retraído de celebrar el contrato.

Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, que la declaración de la representante legal no se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; pero de otro lado no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo en armonía con los padecimientos no informados por el asegurado demuestra que la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. se hubiera retraído de asumir el riesgo.

Por lo anterior, no puede afirmarse que la señora ASALIA STELLA SANCHEZ fue reticente al momento de firmar su declaración de asegurabilidad, con lo cual, esta Delegatura no le da prosperidad a la excepción intitulada como “NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.” y “BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.” De lo anterior, también tendrá como probada la excepción intitulada como “LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN

ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.” Propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. demandada en la presente acción.

Superado lo anterior y de conformidad con el artículo 1077 de Código de Comercio Colombiano, atendiendo que la controversia encuentra su fundamento en el proceso de reclamación adelantada ante la realización de un riesgo asegurado, la Delegatura se estará para su análisis a la verificación del cumplimiento de las cargas impuestas por el legislador tanto a la asegurada/beneficiaria como a la aseguradora en la precitada norma, siendo estas la que corresponde al asegurado de demostrar la ocurrencia del siniestro así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso, y al asegurador la de demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.

Por lo anterior, se tiene para el caso en concreto que los términos del amparo que se pretende afectar establecen que se en el cual se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

en el que se pactó el amparo de incapacidad total y permanente en los siguientes términos:

“1.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

**SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO. SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.
LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN”**

De conformidad con las documentales aportadas por la aseguradora con la contestación de la demanda y en atención a las pruebas de oficio decretadas, documentales no tachadas o controvertidas por las partes. (aportado con la contestación de la demanda derivados 013 y 035 del expediente), así mismo, se tiene que, en las políticas para la contratación de seguros de vida vinculados a créditos aportado por la aseguradora y la entidad financiera en atención a las pruebas decretadas de oficio a su cargo, se estableció el valor asegurado así:

“4.3. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado estar compuesto por el saldo insoluto de la deuda, entendiéndose como tal, el capital no pagado más los intereses corrientes calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora no superior a 180 días en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor y gastos

ocasionados por la obligación crediticia asegurada tales como honorarios, costas y gastos de cobranza si hubiere lugar a ello.

Si la indemnización tuviese como causa el amparo de incapacidad total y permanente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual la junta calificadora competente determine el grado de invalidez, salvo los casos de libranzas en los cuales el seguro cubre el valor desembolsado hasta cubrir el saldo insoluto; si quedase remanente se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto los de la ley.

Cuando la cartera es administrada, el beneficiario a título oneroso es el tercer propietario de dicha cartera.” (página 5 de 41 derivados 037, 038, 047 y 048)

Sin embargo, con la demanda se aportó el certificado de seguro individual con un valor asegurado de TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (30.313.876) y con las pruebas decretadas de oficio a cargo de la aseguradora se allegó una certificación del valor asegurado por la suma de VEINTITRES MILLONES CIENTO SIETE MIL VEINTISIETE PESOS CON QUINCE CENTAVOS (23,107,027.15), con la siguiente aclaración: *“Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, es el valor actual vigente a la fecha de expedición del documento y el mismo varía mes a mes, de acuerdo al valor adeudado. La última prima cobrada fue por \$16.318, correspondiente al periodo del 10/07/2023 al 09/08/2023.”* (derivado 035 página 10 de 104), de lo anterior, se evidencia que no es claro el valor asegurado de conformidad con las documentales aportadas al proceso por las partes, de las cuales no se tiene claridad sobre el valor asegurado, por lo que de conformidad con las pretensiones de la demanda se dará aplicación al artículo 34 de la Ley 1480 de 2011, Estatuto del Consumidor que reza: *“INTERPRETACIÓN FAVORABLE. Las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor. En caso de duda, prevalecerán las cláusulas más favorables al consumidor sobre aquellas que no lo sean.”*, condenando a la aseguradora al pago del valor asegurado inscrito en el certificado de seguro entregado a la consumidora, hoy demandante.

Aunado a que la señora ASALIA STELLA SANCHEZ fue dictaminada con una PCL del 100% mediante acta número 233 /22/LMMM emitido por la junta de calificación de la clínica del norte fechada del 3 de agosto del año 2022 con fecha de estructuración de ese mismo día 3 de agosto de 2022 y que de conformidad con el valor asegurado de TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (30.313.876) como consta en la documental allegada por la demandante como anexo de la demanda.

Por lo que se encuentra acreditada ocurrencia y cuantía, ya que la calificación se emitió en vigencia del contrato y se tiene como valor asegurado el acreditado por la demandante para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, situación que conlleva a que la asegurada hoy demandante haya demostrado ocurrencia y cuantía en el presente proceso, aunado a lo anterior, se tiene el riesgo asegurado se concentra en la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, en tal sentido, se tiene que si bien la asegurada antes de ingresar a la póliza presentaba patologías y afectaciones en su estado de salud, lo cierto es que esto no significa que haya ingresado con una pérdida de capacidad laboral dictaminada o diagnosticada, siendo esta última la realización del riesgo asumido por la aseguradora demandada, en tal sentido no podría decirse que una patología por sí conlleva a la existencia del siniestro por fuera de la póliza, ya que en el presente proceso quedó plenamente demostrado que la calificación se dio en vigencia del contrato de seguro.

Seguidamente, sobre la pretensión fundada en el artículo 1080 del Código de Comercio mediante la cual se busca que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses moratorios causados desde mes siguiente a la reclamación presentada por la demandante, la cual se radicó el 21 de septiembre del año 2022, hecho que se tuvo relevado de prueba por las partes, respecto de la cual el mes siguiente se encontraría a partir del 21 de octubre del año 2022, lo que conlleva a tener como probada la fecha

desde la cual se pretende el pago de los intereses de que trata la norma en cita, por lo que visto que el saldo insoluto de la deuda para la fecha de ocurrencia del siniestro supera el saldo actual de la deuda, de conformidad con el histórico de pagos allegado al proceso con la contestación de la demanda de la entidad financiera y el estado de la deuda aportados por el banco, teniendo en cuenta que la actora continuo pagando el crédito en lo que le fue posible, por lo que se concederá la pretensión tercera de la demanda, pagaderos al señora demandante ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ. Situación que conlleva a la inexorable conclusión de tener como probadas las excepciones subsidiarias de *“EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.”* y *“EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.”*, así como probada parcialmente la excepción propuesta como *“EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA”* propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

En consecuencia, se condenará a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al reconocimiento de la suma de TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (30.313.876) y a los intereses correspondientes calculados desde el 21 de octubre del año 2022 al beneficiario oneroso de la póliza hasta el saldo insoluto actual de la deuda identificada con el número terminado en ****7669 de titularidad del señora demandante y el valor que exceda dicho saldo se pagará al señora ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ.

Superado lo anterior, procede el despacho a analizar la responsabilidad de la entidad financiera BANCO BBVA S.A. respecto del crédito de consumo identificado con el número terminado en ****7669, se evidencia que de este surgen obligaciones a cargo de la consumidora financiera, por lo que encuentra el Despacho que la presente controversia gira en torno a un contrato de mutuo o crédito financiero, que se encuentra definido en el artículo 2221 del Código Civil como aquél en el cual: *“... una de las partes entrega a la otra cierta cantidad de cosas fungibles con cargo a restituir otras del mismo género y calidad”*. Esta definición resulta aplicable al ámbito mercantil, al tenor de lo dispuesto por el artículo 822 del Código de Comercio, salvo que en esta materia, el contrato es por naturaleza remunerado. En cuanto a las prestaciones que surgen para los intervinientes en un contrato de mutuo, ha dicho la doctrina que para el **mutuante**, en este caso la entidad financiera, la única obligación que surge es la de carácter constitutivo, cual es la entrega del dinero – oportunidad en la que nace el contrato mismo – mientras que para el **mutuario** lo es el pago de la remuneración convenida y la restitución de la suma mutuada. (RODRÍGUEZ Azuero, Sergio, *Contratos Bancarios*, Sexta Edición, Editorial LEGIS, reimpresión 2011, pág. 466).

Así mismo, se demostró que la entidad financiera gestionó lo tendiente a vincular a la deudora a su póliza de vida grupo, requiriendo la declaración de asegurabilidad estudiada y si bien, no se demostró la debida diligencia frente a la información dada a la aseguradora, esto no significa per se la demostración de un daño, toda vez que este sería la imposibilidad de afectar el contrato de seguro objeto del litigio, sin embargo, para el caso que nos ocupa si fue posible la afectación del contrato de seguro de vida grupo deudor, condenándose a la aseguradora al pago de la indemnización correspondiente, lo cual que redunde en la inexistencia de un daño de cara a la responsabilidad contractual de la entidad financiera, por lo que siendo este uno de los elementos axiológicos de la responsabilidad contractual no se encuentra acreditada la mismo respecto del banco, pues carece de daño, encontrándose probada así la excepción de oficio *“INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL FRENTE A BANCO BBVA.”*

Situación que lleva al traste las pretensiones del presente proceso respecto de la entidad financiera, absteniéndose de analizar los demás medios exceptivos formulados de conformidad con lo establecido en el inciso tercero del artículo 282 del Código General del Proceso.

Finalmente, esta Delegatura se abstendrá de condenar en costas, toda vez que las mismas no aparecen causadas, de conformidad con lo establecido en el numeral 8º del artículo 365 del Código General del Proceso.

Conforme con lo expuesto, la DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

Finalmente, no se condenará en costas a la pasiva a favor de la demandante por aparecer probadas en el proceso.

En consecuencia, la **DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: DECLARAR NO PROBADAS las excepciones denominadas por la entidad aseguradora demandada como: *“NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.”*, *“BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.”*, *“PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011”*, *“PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.”* propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., por lo anteriormente expuesto.

SEGUNDO: DECLARAR PROBADAS las excepciones tituladas como: *“INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.”*, *“LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.”*, *“APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO”* y las excepciones subsidiarias *“EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.”* y *“EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.”* Y parcialmente probada la planteada como *“EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.”* propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. y de oficio la excepción de *“INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL FRENTE A BANCO BBVA.”* de conformidad con lo expuesto en esta decisión.

TERCERO: DECLARAR CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. por el incumplimiento del contrato de vida grupo deudores identificado con el número terminado en ***7669 al negar el reconocimiento y pago del amparo básico de incapacidad total y permanente a la señora asegurada demandante ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ.

CUARTO: CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de la suma de TREINTA MILLONES TRESCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (30.313.876) al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. hasta cubrir el saldo insoluto de la obligación crediticia identificada con el número terminado en ****7669 y el valor que exceda esa cifra a la señora demandante ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

QUINTO: CONDENAR a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de los intereses causados en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 21 de octubre del año 2022 a la señora demandante ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la ejecutoria de esta decisión.

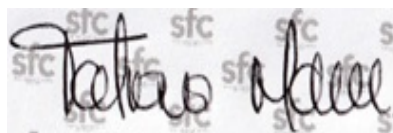
SEXTO: El cumplimiento de la orden que se imparte en esta sentencia deberá ser acreditado por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes contados a partir de la expiración del plazo otorgado para el mismo, advirtiéndose que el incumplimiento de las órdenes aquí impartidas puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011.

SEPTIMO: Negar las demás pretensiones de la demanda.

OCTAVO: Sin condena en costas.

Ejecutoriada esta decisión, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



TATIANA MAHECHA MARTINEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

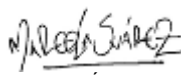
Copia a:

Elaboró:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

Revisó y aprobó:

TATIANA MAHECHA MARTINEZ

Superintendencia Financiera de Colombia DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES Notificación por Estado
La providencia anterior se notificó por anotación en estado fijado Hoy <u>6 de junio de 2024</u>  MARCELA SUÁREZ TORRES Secretario