

Doctor:

MARTIN ALONSO MONTIEL SALGADO

JUEZ CIVIL DEL CIRCUITO DE LORICA

E. S. D.

Proceso: Verbal Declarativa de Responsabilidad Civil Contractual

Demandante: Asalia Stella Sánchez Sánchez

Demandado: BBVA SEGUROS DE VIDA

Radicado: **23.417.31.03.001.2023.00225.00**

Asunto: Demanda con subsanación integral.

RICHARD JOSÉ RODRÍGUEZ BARRIOS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 84.458.209 de Santa Marta y Tarjeta Profesional No. 154.226 del Consejo Superior de la Judicatura, abogado en ejercicio, domiciliado en Santa Marta, obrando como apoderado de la Señora **ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 30.656.747 de Lorica, domiciliada en Lorica, me permito presentar **subsanación integral** de demanda ordinaria de mayor cuantía contra **BBVA SEGUROS DE VIDA**, NIT 800240882 0, con domicilio en Bogotá D.C. y representada legalmente por Alba Clemencia García Pinto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.267.690, a efectos de que se hagan las declaraciones y condenas a que se refiere la parte petitoria de esta demanda.

HECHOS

1. La señora ASALIA STELLA SANCHEZ recibió por llamadas y por correos electrónicos sendas ofertas de créditos de parte de el BANCO BBVA.
2. La señora ASALIA STELLA SANCHEZ adquirió un crédito con el BANCO BBVA.
3. La asesora del BBVA le dio a Asalia Sánchez una serie de documentos que debía firmar para optar al crédito y entre ellos había documentos relacionados con seguros.
4. Para la época ASALIA SANCHEZ usaba cabestrillo en el brazo derecho por dolor en el hombro.
5. Como parte del paquete de productos por el crédito, BBVA le vendió a la demandante una póliza de seguro de vida "VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909".
6. La asesora del BBVA no le preguntó a ASALIA SANCHEZ sobre su condición de salud por el uso del cabestrillo.
7. La declaración de asegurabilidad fue diligenciada por la asesora del BBVA.
8. Al firmar la declaración de asegurabilidad la asesora del BBVA le dijo a la demandante que no era necesario informar sobre su dolor en el hombro porque no era una enfermedad grave y no estaba en la lista de la declaración de asegurabilidad.



9. La fecha de emisión de la póliza de seguro de vida “VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909” es **10 de febrero de 2022**.
10. La póliza de seguro de vida “VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909” incluye el amparo “Incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización”
11. El valor asegurado por el amparo “Incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización” es de CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$150.000.000)
12. La “Clínica General del Norte” es el prestador de servicios de salud para ASALIA STELLA SANCHEZ.
13. La “Clínica General del Norte” emitió Dictamen de pérdida de capacidad laboral de ASALIA STELLA SANCHEZ mayor al cincuenta por ciento (50%)
14. La fecha de estructuración de invalidez de ASALIA STELLA SANCHEZ es **3 de agosto de 2022**.
15. El 19 de septiembre de 2022 la demandante solicitó el pago de la indemnización por el valor asegurado por la incapacidad total y permanente ante el BBVA.
16. El 26 de septiembre de 2022 BBVA SEGUROS DE VIDA negó el pago de la indemnización.
17. El 10 de febrero de 2023 BBVA SEGUROS DE VIDA renovó la póliza de seguro de vida con ASALIA SANCHEZ
18. El 12 de abril de 2023 BBVA SEGUROS DE VIDA se ratificó en su negativa al pago de la indemnización.

PRETENSIONES

1. Que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA a pagar a favor de la demandante la indemnización suma asegurada en la póliza de seguro de vida “VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909”.
2. Que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA a la devolución de todos los débitos realizados a la demandante a partir de la fecha de estructuración de la invalidez.
3. Que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA a pagar a la demandante los intereses moratorios a la tasa máxima legal permitida a partir del 19 de septiembre de 2022 hasta que se efectúe el pago total de la obligación.
4. Que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA a pagar las costas del proceso y las agencias del derecho.

JURAMENTO ESTIMATORIO

Valor asegurado por la póliza de seguro de vida “VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909 por el amparo “Incapacidad total y permanente, desmembración e inutilización”: **CIENTO CINCUENTA MILLONES DE PESOS (\$150.000.000)**



Intereses moratorios liquidados a fecha de presentación de la demanda: **CINCUENTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS (\$52.317.235)**

(La tasa de interés moratoria vigente según la Superintendencia Financiera es de 37.80% efectivo anual, de acuerdo con la certificación de la entidad y lo contenido en la Resolución No. 1520 del 27 de septiembre de 2023)

Débitos realizados a partir de la fecha de estructuración de invalidez:

- Póliza 10 de febrero de 2022: **SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS PESOS (\$762.600)** (Folio 18)
- Póliza renovada 10 de febrero de 2023 hasta la fecha de presentación de la demanda: **NOVECIENTOS NOVENTA Y UN MIL CIENTO TREINTA Y SIETE PESOS (\$991.137)** (Folio 50)

TOTAL ESTIMADO: DOSCIENTOS CUATRO MILLONES SETENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS. (\$204.070.972)

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamento las siguientes normas: artículos 1602 y ss del Código Civil; artículos 1036 al 1082 y 1137 al 1162 del Código de Comercio y artículos 368 y ss del Código General del Proceso.

RAZONES DE DERECHO

La demandante Asalia Sánchez fue contactada en varias oportunidades por el banco BBVA para ofrecerle créditos de libre inversión. La señora Sánchez atraída por la oferta que le hicieron y optó por obtener el crédito. Como parte de la oferta del crédito le fue extendida la póliza de seguro de vida “VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909”.

Esta póliza, a pesar de ser “voluntaria” no fue solicitada por la demandante. En realidad, hizo parte del ofrecimiento de un crédito por el BANCO BBVA y fue vendido extendiendo los documentos de la póliza para ser firmado con los documentos del crédito.

A pesar de que la señora ASALIA SANCHEZ usaba cabestrillo en el brazo derecho por dolor en el hombro la asesora de BBVA le indicó que no era necesario indicarlo en la declaración de asegurabilidad que diligenció la misma asesora, porque no era un asunto grave y no hacía parte de las enfermedades enlistadas en la declaración de asegurabilidad.





De lo anterior tenemos que la demandante nunca quiso ocultar su estado de salud, no actuó de mala fe. Su intención nunca fue buscar una póliza de suro. La póliza de seguro de vida fue una consecuencia del crédito que insistentemente ofreció el Banco BBVA debido al buen historial crediticio y estabilidad laboral de la demandante.

La señora SANCHEZ en su buena fe acudió al banco sin ocultar nada y todos los observadores pudieron ver el uso de un cabestrillo en su brazo derecho que revelaba alguna molestia física o enfermedad. Pero, además, al momento de firmar la declaración de asegurabilidad diligenciada por la asesora de BBVA, la misma demandante le indicó que no estaba anotado su dolor en el hombro, a lo que le fue indicado que no era necesario, por no ser grave ni estar enlistado en el formulario.

Luego de que la señora SANCHEZ fue calificada y reclamo la indemnización a la que tiene derecho, la demandada niega el pago del amparo asegurado por reticencia u omisión de información argumentando que:

“De acuerdo con Dictamen de Magisterio, encontramos que la señora Asalia Stella Sánchez Sánchez tenía antecedentes médicos y patologías previas que afectaban su pre-sanidad como lo son, resonancia magnética nuclear de hombro derecho de fecha 04/11/2021 conclusión: tendinitis del supraespinoso, tenosinovitis tendón largo del bíceps, cambios osteocondroticos del humero, bursitis subracomial y subdeltoidea, además 07/12/2021 neuropatía focalizada del nervio mediano derecho con grado de comprensión leve; por lo anterior son patologías que fueron motivo de calificación y son hechos relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

En la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas.”

De conformidad a nuestro ordenamiento jurídico y el precedente jurisprudencial establecido por la Corte Constitucional, en este caso no hubo reticencia, pues iteramos, la demandante nunca ocultó su estado de salud y suscribió los documentos extendidos por la asesora de BBVA de conformidad a lo indicado por ella.

Al respecto la Corte Constitucional tiene numerosos pronunciamientos explicando lo siguiente:

“61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe^[219]. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a



la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato^[220]. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia^[221]. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado^[222]; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales^[223].”ⁱ

A más de no ocultar su estado de salud (usaba cabestrillo) No existe mala fe por parte de la demandante. Recordemos que su intención ni siquiera era adquirir un seguro de vida, la póliza fue una venta extra realizada a través de la red del Banco BBVA Colombia S.A. La demandada no ha probado la mala fe de la señora Sánchez ni la intención de ocultar información para evitar cambios contractuales. El seguro fue tomado como parte de la obtención de un crédito y se sometió desde el principio a la prima impuesta por el asegurador.

De hecho, después de conocer la solicitud de pago de la demandante y negarla, **BBVA SEGUROS DE VIDA renovó la póliza de seguro de vida el 10 de febrero de 2023. Lo cual es incompatible con la existencia de mala fe y reticencia.**

En la misma sentencia supra citada la Corte Constitucional precisa:

“66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud—en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados^[226] y no simples declaraciones generales—; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado^[227].”

Definitivamente este era un caso en el que la ubérrima buena fe, la lógica y el sentido común indicaban que debía verificar el estado de la tomadora, pues usaba un cabestrillo en su brazo derecho y evidentemente su salud estaba afectada.

ⁱ Corte Constitucional. Sentencia T-027 de 30 de enero de 2019. M.P. Alberto Rojas Ríos



Sin embargo, a pesar de una evidente molestia en el hombro y brazo derecho de la demandante, pues usaba un cabestrillo, la demandada, a quien se le exige ubérrima buena fe, se abstuvo de indagar o asegurarse del estado de salud de la señora SANCHEZ, pedir su historia clínica o exámenes recientes, por lo cual estuvo dispuesta a asumir el riesgo.

En la misma decisión que constituye un importante instrumento en donde se recopila el precedente constitucional sobre el tema se citan las siguientes decisiones:

“68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.

69. En sentencia **T-832 de 2010** se estudió el asunto de una profesora madre cabeza de familia de 54 años de edad, afectada por disfonía y con pérdida de capacidad laboral del 77.5%, a quien una aseguradora le negó pagar el valor de un seguro de vida grupo deudores, bajo el argumento de una preexistencia. La Corte concedió la protección implorada y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario el saldo insoluto de la obligación adquirida por la actora con dicho Banco.

Para arribar a esa dedición, esta Corporación encontró que la aseguradora *“fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”*.

(...)

“76. Mediante providencia **T-393 de 2015** se examinó la situación de una docente que había adquirido un crédito de libranza amparado con un seguro de vida de grupo deudores. La accionante había sido calificada con una pérdida de capacidad laboral del 95.3%, con ocasión de una disfonía. Efectuado el correspondiente reclamo, la compañía aseguradora se negó a pagar la indemnización, al estimar que la demandante padecía de varias enfermedades con anterioridad a la suscripción del contrato, de las cuales no había informado a esa entidad.

Aquí nuevamente la Corte reiteró las dos reglas aplicables en caso de reticencia:
(i) el deber de la aseguradora de practicar el examen





médico de ingreso, y (ii) la obligación de probar la mala fe del tomador en el supuesto ocultamiento de la información. Tras examinarlas, constató que las mismas no fueron observadas por la aseguradora, de tal manera que concedió el amparo solicitado y, por ende, ordenó a la accionada pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida por la peticionaria con un Banco.”ⁱⁱ

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia es clara al indicar que la preexistencia de enfermedades no configura reticencia en el contrato de seguro. Al respecto me permito citar las siguientes decisiones:
STL4077-2022 M.P. GERARDO BOTERO ZULUAGA

“En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional, las personas que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada o en la muerte, y luego se objeta el beneficio, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras.

*Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, ya que, **en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente, para que, se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que, siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.**”*

(...)

*“Por manera que, reitera la Sala, **la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura.**”*

ⁱⁱ ibidem



(...)

“La Sala, en sentencia CSJ STL7955-2018, sostuvo:

(...) Quiere destacar la Sala, que ese tipo de comportamientos de la aseguradora, configuran una discriminación para toda persona que por alguna razón presenta una afección a su estado de salud, pues bastaría que se indague cualquier consulta o chequeo al médico para establecer la mala fe en ella, desconociendo que la posibilidad de recuperación y acceso al mercado laboral es propio del principio de la dignidad humana para garantizar unos ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas; de paso, esa conducta también implicaría que cualquier persona con cierta dolencia no puede acceder al crédito, ni al amparo del mismo mediante una póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado, hasta el punto de deteriorar la salud física y mental de la persona, erigiéndose igualmente en un acto discriminatorio (...).

Estas mismas reglas que se han venido explicando, fueron reiteradas en sentencia CSJ STL10871-2021.” (Negrillas mías)

En la misma sentencia CSJ STL7955-2018, refiriéndose a un caso idéntico al presente se indicó:

“En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional en casos de similares contornos fácticos al que aquí se analiza, de personas -especialmente de profesores que han sido calificados con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% debido a problemas de la voz, que les impide volver a ejercer esa profesión- que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada, y luego se les niega el pago del seguro, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

En el asunto, se parte de la premisa de que con la adquisición de las obligaciones bancarias en los años 2011 y 2013, la activa también suscribió el formulario de seguro o póliza de vida grupo deudores, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en

caso





de muerte o por incapacidad total y permanente, BBVA Seguros se haría cargo del saldo de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.

Sin embargo, no se observa que la aludida entidad aseguradora, ni mucho menos el propio organismo bancario, hayan ordenado algún tipo de examen médico, ni exigido a la deudora que allegara uno, con el propósito de establecer el real estado de salud, a efectos de tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles exclusiones o denominadas preexistencias.

Por el contrario, lo que se observa, y eso no lo pone en duda la entidad aseguradora en este trámite constitucional, es que simplemente no obra en el formulario una relación de posibles enfermedades de la accionante; pero lo que es más grave, acorde con lo narrado por la activa en el libelo, es que en el proceso, frente al cuestionamiento que hizo la activa sobre las fallas de la entidad al no haber obrado con diligencia y, sencillamente se gestionaron los créditos con información incompleta, el Tribunal descartó ese argumento, al haber señalado que "...a la aseguradora se le hace imposible físicamente inspeccionar el gran número de riesgos que asume, por lo que este contrae sus obligaciones generalmente en lo dicho por el asegurador". Es decir, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades bancarias y aseguradoras para desembolsar los créditos, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia.

De manera que al haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud de la actora, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida grupo deudores.

Por otro lado, encuentra la Sala que las equivocaciones del Tribunal accionado son mayúsculas en su valoración probatoria, pues si la promotora del amparo fue calificada en el 2014, como inválida con un 96% de pérdida de capacidad laboral, debido a que por su disfonía -y otras enfermedades relacionadas con la columna vertebral- y su labor como profesora, ya no podía ejercer dicha labor, la cual se estructuró el 25 de febrero de esa anualidad, no podía concluirse que la activa actuó de mala fe pretendiendo esconder las enfermedades de la voz con anterioridad a la suscripción del formulario de aseguramiento, pues es claro que la situación de invalidez se produjo con posterioridad al acuerdo negocial; y en todo caso, si ello se puede considerar como una enfermedad progresiva, tal como quedó plasmado en el salvamento de voto de la decisión cuestionada, el dictamen de pérdida de capacidad dejó establecido que ello tuvo una recaída o progresión contundente, con seis (6) meses de anterioridad, es decir, ni siquiera para la fecha de suscripción del seguro, descartándose con ello, cualquier indicio de mala fe de la asegurada al no haber advertido el padecimiento físico.





Tampoco puede hablarse de mala fe, que se hubiera acreditado en el proceso, que en el año 95, la activa haya consultado al médico por las afecciones de la voz, y que años después hubiera buscado nuevamente al especialista por esa misma razón, ya que eso lo que demuestra, es que la trabajadora en su labor de docente controló la enfermedad, lo que le permitió seguir ejerciendo su rol como trabajadora para devengar unos ingresos, pero desafortunadamente su situación empeoró hasta el punto de llevarla a la invalidez; de ahí que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura, pues además de que el formulario no fue diligenciado de manera completa, demostrando con ello falta de cuidado en la información, no se verificó el estado de salud de la activa, y aunque posteriormente se acreditó que existían ciertos antecedentes de la enfermedad, para la invalidez sólo fue determinante el padecimiento con posterioridad a la firma del aseguramiento, desvirtuándose con ello la mala fe en el actuar del tomador.”

En el caso concreto, como se indicó antes, la señora ASALIA no ocultó nada, fue observada por la asesora con un cabestrillo y aun así se le indicó que no era necesario informar más nada sobre su salud en lugar de practicar exámenes médicos o pedir su historia clínica. Por lo tanto, mal puede señalarse reticencia para negar el pago del valor asegurado. Nunca existió la intención por parte de la demandante de ocultar su estado de salud, más bien existía el afán por parte de la asesora de vender la póliza. Ante esa situación y a pesar de la evidente afectación en la salud de la señora Sánchez, la aseguradora decidió asumir el riesgo de manera total y completa.

Bien nos enseña el Dr. GERARDO BOTERO ZULUAGA que:

“no era admisible atribuirle mala fe a la petente, si no estaba demostrada su intención de ocultar su estado de salud para evitar cambios contractuales o sacar ventaja en esa relación jurídica, independientemente si aquélla tenía conocimiento de los padecimientos invocados como fundamento de la reticencia.

Entonces, si el artículo 1059 del Código de Comercio sanciona la mala fe en la conducta del asegurado, evidente es, mientras ésta no sea demostrada por la aseguradora su alegación de reticencia no produce la nulidad relativa del contrato”

(...)



321 598 0072



rodriguezrichardj@gmail.com



Cra 24 No. 14a-14
Libertador-Santa Marta



“la relación entre partes en seguros como los de vida del grupo deudores, puede calificarse como desproporcionada, pues la aseguradora, en ese caso, ostenta una posición dominante ante el tomador de la póliza, quien acepta las cláusulas del contrato con la finalidad de garantizar la obligación crediticia adquirida con una entidad financiera.”

(...)

“a partir de la Constitución de 1991, la Corte Suprema en su Sala Civil, ha venido interpretando, que sin perjuicio de la declaración, dirigida o espontánea, obtenida del tomador acerca del estado real del riesgo, el asegurador, en línea de principio, no debe conformarse con la carga de sinceridad que incumbe a aquel. Ha venido exigiendo que la aseguradora debe adelantar pesquisas sobre el estado del riesgo, de tal forma que luego no puede alegar nulidad relativa por error. En esas circunstancias, surge la garantía de seguridad en el tráfico jurídico, porque al aceptar el contrato de seguro, se crea una situación de confianza que no puede estar comprometida posteriormente porque por su posición no desarrolló una conducta activa en la fase precontractual.”

Es así como, en providencia de 19 de mayo de 1999 en el expediente 4923, la Corte Suprema de Justicia expone:

““(…) La declaración de asegurabilidad puede ser dirigida o espontánea. La primera se traduce en un cuestionario concreto sobre lo que es relevante para el asegurador en relación con la situación del riesgo. La espontánea se expresa en una solicitud genérica de información que el asegurador plantea al tomador sobre hechos y circunstancias del riesgo que a juicio del solicitante resulten significativas para el asegurador”.

“En ambos casos el deber de información existe, pero en el segundo, o sea el de la declaración espontánea, necesaria y lógicamente se morigera su severidad, y por ende se reduce el nivel de exigencia para la configuración de la reticencia o la inexactitud como causales de nulidad relativa del contrato, porque si es el asegurador quien por razones técnicas cuenta con los elementos de juicio que permitieran precisar el tipo de información requerida, entonces debió acudir a una declaración dirigida” .

Luego añadió:

“Ahora, es posible la contratación sin ninguna información sobre el estado del riesgo, porque no hubo declaración alguna, ni tampoco inspección, caso en el cual debe entenderse la manifestación tácita de la aseguradora de asumir el riesgo, cualquiera sea la probabilidad del daño que gravite sobre el interés asegurado. En otras palabras, en tal evento no se puede predicar nulidad por reticencia, ni mucho menos por inexactitud, ni tampoco es posible la reducción de la prestación a cargo del asegurador”.





“El conocimiento presuntivo del riesgo al tenor del inciso último del artículo 1058 del Código de Comercio, no puede entenderse total, porque como ya se dijo, la inspección directa del riesgo no supone el conocimiento cabal del mismo. Supone sí, el conocimiento de todas aquellas circunstancias que un asegurador diligente habría percibido con las inspecciones, o reconocimientos hechos en el caso concreto. Así, un examen médico efectuado por el asegurador durante el trámite de una solicitud de seguro de vida conlleva el conocimiento de toda la información que razonablemente se obtiene con ese tipo de examen, no con otros. De ahí que el asegurador, libremente, determina el alcance de su conocimiento del riesgo por vía de inspección o percepción directa, y sólo en relación con ese alcance se aplica el conocimiento presuntivo que impide las sanciones por reticencia o inexactitud del tomador en la declaración de asegurabilidad, pues de conformidad con el art. 1058 del C. de Comercio, las sanciones por las circunstancias mencionadas no proceden si la aseguradora conocía o debía conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración”.

“Debido conocer” que es término utilizado por el art. 1058, hace referencia a que el actuar de la aseguradora al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquier prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación. En vía de principio general lo que la norma reclama es lealtad y buena fe, pues este es un postulado de doble vía en esta materia, que se expresa en una información recíproca: el tomador debe ofrecer al asegurador todos los elementos de juicio que para este resulten necesarios para decidir si asume o no el riesgo, y a su turno el asegurador debe asesorar e informar al tomador de todas las circunstancias que conoce dado su profesionalismo y puedan orientar la voluntad de aquél.

“Esta obligación de información (renseignements) está subyacente en todos los contratos en que un comerciante profesional negocia con bienes o servicios. El legislador quiere que dicho profesional no solamente informe sino que aconseje a su eventual y futuro cliente. De ahí que en el campo de los seguros, las reticencias u omisiones no culposas del tomador no generan la nulidad del contrato, si el asegurador por no cumplir a su turno con la obligación de informar no le dio herramientas para que éste describiese en forma correcta el estado del riesgo”.

Así mismo la Corte Suprema de Justicia Sala Civil en sentencia del 14 de julio del 2006, Magistrado ponente Silvio Fernando Trejos Bueno enseñó:

“(…) no cabe deducir ineluctablemente un comportamiento indebido del acreedor del seguro, ni tampoco acudir al instituto de la nulidad del mismo, bajo el supuesto del advenimiento de una anomalía negocial, si fue el propio asegurador, quien a posteriori, o sea después de conocer (real o presuntivamente) el vicio, concurrió espontáneamente a emitir su declaración





de voluntad, por lo demás favorable al otorgamiento del amparo respectivo. O expresado de otra manera, la compañía aseguradora no podía después, sin comprometer su propia conducta de diligencia y cuidado, excusar el pago del seguro alegando que fue asaltada en su buena fe y que desconocía la realidad”iii

El mismo entendimiento se sigue indicando en decisiones posteriores, por ejemplo:

“(…) pone cortapisas al asegurador a la hora de rehusar el cumplimiento de su obligación por la ausencia de sinceridad en esa información; éstas impiden al asegurador prevalerse de toda falta de fidelidad del solicitante del seguro para beneficiarse con la nulidad del contrato (...) [porque] lo del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto "debido conocer" de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia -en últimas su profesionalismo-, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de "los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración" [...]; porque si hay vestigios de reticencia y del asegurador estuvo en posibilidad de establecerlo, no habrá modo de sostener que la nulidad se configuró, pues entonces es de suponer muy fundadamente que la aseguradora decidió, con todo, asumir el riesgo en esas condiciones”iv.

Ahora bien, ‘De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador’, y en este punto **es necesario resaltar nuevamente que la demandada renovó la póliza de seguro bajo idénticas condiciones el día 23 de febrero de 2023, es decir, subsano y aceptó cualquier reticencia que podría existir y de esa manera demostró que la eventual y supuesta falta de información no influyó de ninguna manera o fue absolutamente intrascendente a la hora de celebrar el contrato o poner condiciones más onerosas.**

iii CSJ. Civil. Sentencia del 14 de julio del 2006, Magistrado pon.: Silvio Fernando Trejos Bueno.

iv CSJ. Civil. Sentencia de 26 de abril de 2007, expediente 04528, Mag. Pon. Manuel Ardila Velásquez. Expediente 04528, contra Seguros Bolívar S. A.



PROCEDIMIENTO

Se trata de un proceso declarativo verbal de mayor cuantía, cuyo procedimiento está regulado en los artículos 368 y ss del Código General del Proceso.

COMPETENCIA Y CUANTÍA

Es Usted competente, señor Juez, por la naturaleza del proceso, por el domicilio de las partes y por la cuantía, la cual estimo en DOSCIENTOS CUATRO MILLONES SETENTA MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS. (\$204.070.972)

PRUEBAS

Solicito se tengan y practiquen como tales las siguientes:

1. Póliza de seguro de vida "VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909".
2. Factura electrónica de venta de la póliza de seguro.
3. Clausulado de Póliza de segura de vida individual Vida integral premium.
4. Reclamación de indemnización por incapacidad total y permanente.
5. Copia de la cedula de la demandante.
6. Notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral.
7. Dictamen de pérdida de capacidad laboral o estado de invalidez.
8. Respuesta de la demandada a la solicitud de indemnización.
9. Respuesta de la demandada a la solicitud de reconsideración.
10. Factura electrónica por renovación de la póliza de seguro de vida "VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130521052392325909".
11. Certificado de existencia y representación legal de la demandada.
12. Solicitud de conciliación extrajudicial.
13. Constancia de no asistencia a conciliación extrajudicial.
14. Correo de presentación de la demanda y remisión simultánea a BBVA SEGUROS DE VIDA.

ANEXOS

Me permito anexar al proceso, poder a mi favor y lo indicado en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

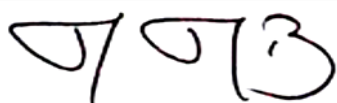
El suscrito las recibirá en la carrera 24 No. 14A -14 barrio Libertador de Santa Marta. Teléfono 3215980072, correo electrónico rodriguezrichardj@gmail.com



Mi poderdante ASALIA SANCHEZ en la calle 3 No. 20C – 28 apto 202 de Lorica.
Teléfono 3157676006. Correo electrónico asssmba@gmail.com

La demandada BBVA SEGUROS DE VIDA en la carrera 9 No. 72 – 21 piso 8 de Bogotá
D.C. Teléfono 6012191100. Correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

Del Señor Juez,



RICHARD JOSÉ RODRÍGUEZ BARRIOS

c.c. 84.458.209 de Santa Marta

T.P. 154.226 C. S. de la J.



321 598 0072



rodriguezrichardj@gmail.com



Cra 24 No. 14a-14
Libertador-Santa Marta