

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI SALA CIVIL

Magistrado Ponente: CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ

Santiago de Cali, nueve de diciembre de dos mil veinticuatro.

Proyecto discutido y aprobado en Sala Civil de Decisión, según acta No. 114 de la fecha.

Proceso: Verbal – Acción de protección al consumidor financiero
Demandantes: Héctor Santiago Ramírez Mendoza
Demandados: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y otro
Radicación: 76001-31-03-004-2018-00257-01
Asunto: Apelación de Sentencia.

Sustentado el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, y vencido el respectivo término de traslado, procede el Tribunal, en atención a lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, a dictar sentencia escrita, a fin de resolver la alzada formulada contra la sentencia proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Cali, dentro del proceso verbal adelantado por Héctor Santiago Ramírez Mendoza contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y Banco BBVA Colombia S.A.

ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA. El actor pidió que se declare que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. incumplió los contratos de seguro grupo deudores y que como consecuencia se le condene a pagar al demandante los saldos de los créditos amparados con cada uno de ellos, los intereses de plazo y el valor de las primas cobradas después de la estructuración de su pérdida de capacidad laboral, y que

respecto a dichos montos se reconozcan los respectivos intereses moratorios.

Pidió además, que se declare solidariamente responsable de tal incumplimiento al Banco BBVA Colombia S.A., pues fue ante esta entidad que se adelantó el trámite de vinculación a la aseguradora y ante quien el actor formuló la reclamación para el pago de los valores asegurados.

En subsidio pidió que, si al momento de proferirse la condena contra la aseguradora, aún quedaren saldos pendientes de pago a favor del Banco BBVA Colombia S.A., se ordene pagarle a dicho establecimiento bancario el saldo insoluto y se le devuelva al actor los pagos efectuados tras la estructuración de la pérdida de capacidad laboral.

Como sustento de tales pretensiones, el actor relató que, entre marzo de 2016 y abril de 2017, adquirió tres créditos con el Banco BBVA Colombia S.A., los cuales fueron amparados mediante tres pólizas grupo deudores con cobertura de incapacidad total y permanente. El 23 de agosto de 2017, la Junta Médica Laboral adscrita a la Dirección de Sanidad Naval de las Fuerzas Militares de Colombia lo calificó con una pérdida de capacidad laboral del 66.22%; debido a ello, el 15 de noviembre de 2017, presentó la reclamación para el cumplimiento de los contratos de seguro, petición que fue denegada por la aseguradora aduciendo que en este caso “operó el fenómeno de la reticencia, puesto que el asegurado no informó en la declaración de asegurabilidad, que padecía de algunas enfermedades como hipertensión arterial, dislipidemia, hiperuricemia, prediabetes, trastorno de adaptación a la vida civil, obesidad mórbida grado iii, migraña, lumbalgia, síndrome de manguito rotador derecho, crónica de tobillo derecho y gonalgia, que eran preexistentes a la adquisición de los créditos y de los seguros”.

Indicó que al momento de solicitar los créditos, la asesora comercial del Banco BBVA Colombia S.A. le manifestó que “lo único que debía hacer era firmar los formularios que ella diligenció y anexar la documentación que también ella le señaló, para acceder a los créditos y a las pólizas de seguros”, pero en momento alguno le informó “acerca de situaciones que pudieran generar costos adicionales en el valor de las primas, exclusiones de los cubrimientos, modificaciones o nulidades al contrato de seguro”. Asimismo, tampoco le fueron exigidos exámenes médicos ni se consultó su historia clínica, pese a que en los formularios que él diligenció, autorizó el acceso a la misma.

Pese a la negativa a pagar las sumas aseguradas, la aseguradora ha continuado cobrando el valor de las primas de los seguros de vida, lo cual constituye una “aceptación tácita del estado de salud del asegurado y la aceptación de las preexistencias”.

2. LA OPOSICIÓN. BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. alegó que el actor no está legitimado en la causa por activa para reclamar el pago de los valores asegurados, por cuanto el beneficiario de los contratos de seguro es el Banco BBVA Colombia S.A.

Indicó que objetó la solicitud indemnizatoria radicada por el actor, tras comprobar que “el señor Héctor Santiago Ramírez, al momento de diligenciar las declaraciones del estado del riesgo para las pólizas que cubrían las obligaciones crediticias (...) incurrió en una conducta reticente, pues omitió advertir a la entidad aseguradora sobre situaciones que la hubieren hecho renunciar a la expedición del contrato de seguro o al menos haberlo efectuado en condiciones diferentes a las que se hizo”.

Agregó que “el señor Héctor Santiago Ramírez respondió de manera negativa a cada una de las preguntas formuladas relacionadas con su estado de salud y afirmó no presentar ninguna patología o enfermedad. No obstante, de conformidad con la historia clínica que fue recopilada en el acta de junta médico laboral No. 186 del 23 de agosto de 2017, para las fechas en que el actor

diligenció las declaraciones de asegurabilidad presentaba múltiples comorbilidades que tenían un impacto directo sobre su estado de salud”.

3. LA SENTENCIA APELADA. Tras encontrar probada la excepción denominada “actuar reticente del señor Héctor Santiago Ramírez al momento de suscribir las pólizas 022190000163719, 02230000021413 y 02306000002609”, el fallador de instancia declaró la nulidad relativa de los contratos de seguro suscritos entre el acá demandante y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y denegó la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda.

En primera medida indicó que el demandante sí está legitimado en la causa para pedir el cumplimiento de los contratos de seguro, pues, aunque no es el beneficiario de los mismos, “sí le asiste un interés asegurable”, en tanto que posterior a la estructuración de su pérdida de capacidad laboral, ha tenido que seguir asumiendo el pago de las cuotas de los créditos, y en este trámite busca la devolución de esas sumas.

Aunque el actor alega que los formularios de asegurabilidad fueron diligenciados por la asesora comercial del banco BBVA, lo cierto es que él impuso su firma en los mismos, por lo que era su obligación “validar las cláusulas del formato de asegurabilidad facilitado por el Banco BBVA S.A”. Para la época en que se suscribieron los contratos de seguro, el actor conocía que padecía hipertensión arterial, pues este era un diagnóstico reiterado por sus médicos tratantes y para el cual, incluso, le fue ordenada medicación, no obstante, en el formulario de asegurabilidad indicó que no padecía tal patología ni ninguna de las que allí se enuncian, configurándose de ese modo “el fenómeno de la reticencia al haber omitido informar el demandante el estado real de su salud”, sin que pueda señalarse que la aseguradora tenía el deber de practicar exámenes médicos previos al asegurado, en tanto que el artículo 1158 del Código de Comercio establece que “aunque el

asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

4. EL RECURSO DE APELACIÓN. El apoderado actor alegó, en lo basilar: (i) que el contrato de seguro era accesorio al principal que era el de mutuo; (ii) que la asesora del Banco BBVA diligenció los formularios de asegurabilidad sin brindar al consumidor financiero información “clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea”; (iii) que a pesar de que el asegurado autorizó el acceso a su historia clínica, la aseguradora ni consultó tal documento ni ordenó la práctica de exámenes médicos para conocer el estado real del riesgo; (iv) que de haberse configurado, la nulidad relativa del contrato de seguro quedó saneada, porque a la aseguradora le fue presentada la reclamación respectiva, la objetó, pero pese a ello siguió recibiendo el valor de la prima; (v) que la aseguradora alegó la nulidad relativa más de dos años después de haber conocido de las supuestas inexactitudes plasmadas en el formulario de asegurabilidad, por lo que el juez no podía anular el contrato de seguro porque ya había caducado la oportunidad para ello.

Como lo confesó la representante legal de BBVA Seguros, el proceso de verificación de la historia clínica está reservado para los contratos cuya cuantía excede los 1700 millones de pesos, y que cuando la cuantía es inferior, la aseguradora incumple con ese deber de cuidado que le corresponde, situación que no puede terminar afectando “al adherente consumidor que goza de protección legal y constitucional”.

En la sentencia se desconoció que la acción propuesta es la de protección al consumidor y que la demandada es una profesional en el campo de los seguros, a quien, en tratándose de contratos de adhesión, le corresponde entregar información clara, expresa y

concreta, deber que en este caso fue incumplido, pues la representante legal de la aseguradora se limitó a indicar que los asesores comerciales del banco se encuentran debidamente capacitados para la colocación de los seguros, pero de ninguna manera se acreditó que el señor Ramírez Mendoza fue informado, en los términos del artículo 37 de la Ley 1480 de 2011, sobre las condiciones generales del contrato de seguro.

CONSIDERACIONES

1. Se ratifica la presencia de los presupuestos procesales que habilitan la adopción de decisión de fondo y no se advierte irregularidad alguna que tenga la virtualidad de invalidar lo actuado.

2. En la sentencia apelada, el fallador de instancia declaró la nulidad relativa de los contratos de seguro por reticencia, tras establecer que, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, el actor omitió declarar de forma sincera el estado real del riesgo, pues a pesar de que conocía suficientemente su diagnóstico de hipertensión arterial, no informó tal situación a la aseguradora.

El demandante apeló dicha decisión alegando, en lo medular, que al momento de suscribir los convenios aseguraticios, la aseguradora no le brindó información suficiente en torno a las condiciones generales del seguro, incumpliendo de esa forma el deber consagrado en el artículo 37 del Estatuto del Consumidor. Asimismo, indicó que la aseguradora no actuó en forma diligente, pues pese a ser una profesional en el campo de los seguros, no le solicitó al actor la práctica de exámenes médicos, como tampoco revisó su historia clínica, pese a estar autorizada para ello.

Lo anterior evidencia que es un aspecto fuera de disputa que el actor omitió informarle a la aseguradora, en la declaración de

asegurabilidad, que padecía hipertensión arterial, lo que se debate es si la demandada, de un lado, cumplió con el deber de información que estaba a su cargo, y del otro, si obró con la debida diligencia, antes de asumir el riesgo, para informarse sobre el real estado de salud del actor.

3. Al respecto, ha de recordarse que la buena fe es un principio cardinal de nuestro sistema jurídico y a tal postulado deben ajustarse las actuaciones tanto de las autoridades públicas como de los particulares. En virtud de dicho principio “las personas, cuando acuden a concretar sus negocios, deben honrar sus obligaciones y, en general, asumir para con los demás una conducta leal y plegada a los mandatos de corrección socialmente exigibles” (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, Agraria y Rural. Sentencia de 9 de agosto de 2007, reiterada en sentencia de 21 de febrero de 2012).

En desarrollo de sus relaciones contractuales, los contratantes deben adoptar una conducta leal, cuidadosa y diligente. Es por ello que, en materia de seguros, el artículo 1058 del Código de Comercio, le impone al asegurado el deber de declarar con sinceridad y sin reserva todos los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, con el fin de que la aseguradora pueda decidir libremente si celebra el contrato, si se abstiene de suscribirlo o si lo realiza en condiciones más onerosas. La reticencia o inexactitud sobre hechos que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o lo hubieren llevado a estipular condiciones más onerosas, da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, tanto más si la declaración de asegurabilidad se hizo con sujeción a un cuestionario determinado.

Tal sanción, esto es, la nulidad relativa del contrato de seguro, resulta inaplicable, a voces del inciso 4º del artículo citado, “si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”.

Frente a la disposición citada, nuestro órgano de cierre ha puntualizado que “no toda esa carga de lealtad de que se viene hablando corre exclusivamente por cuenta del asegurado; **al asegurador, es ostensible, también concierne e interesa ésta, razón por la que, con prescindencia de la declaración de ciencia del asegurado, debe asesorar e informar al tomador de todas las circunstancias que conoce dado su profesionalismo y puedan orientar la voluntad de aquél, en el entendimiento de que de cualquier manera cuenta con la posibilidad de realizar investigaciones tendientes a determinar el verdadero estado del riesgo; al depositar su confianza en el tomador puede motu proprio, aunque sin estar obligado a ello, entrar en indagaciones para “mejor proveer, si así lo estima aconsejable”.**

Y añadió en seguida que “debido conocer”, conforme al criterio esbozado en el citado fallo de 19 de mayo de 1999, que es la expresión inserta en la norma, impera que el asegurador **“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”**¹.

Ha de recordarse además que la actuación de las aseguradoras, como bien se sabe, debe ceñirse al régimen de protección al consumidor financiero (Ley 1328 de 2009), el cual les impone, entre otros, el deber de “emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos o en la prestación de sus servicios a los consumidores”, como también el de “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” (literales a y c del artículo 3º).

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, Agraria y Rural. Sentencia de 11 de abril de 2002. Exp. 6825, reiterada en sentencia de 27 de abril de 2007. Exp. 1997-04528-01.

Dicho Estatuto consagra como contrapartida el derecho de los consumidores a “tener a su disposición, en los términos establecidos en la presente ley y en las demás disposiciones de carácter especial, publicidad e información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable, sobre las características propias de los productos o servicios ofrecidos y/o suministrados”, asimismo a “exigir la debida diligencia en la prestación del servicio por parte de las entidades vigiladas” (literales a y c del artículo 5).

En torno a la reticencia en el contrato de seguro, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia precisó que debe tenerse en cuenta los siguientes criterios:

“1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedó atrás trasuntada, la buena fe también cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima *bonna fides*, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arropadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida [sentencias de 15 de marzo de 1944, 12 de diciembre de 1955, 23 de septiembre de 1974 y 30 de junio de 2011]. 2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo. 3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro. 4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia (...). 5. La

obligación de hacer una interpretación *pro consumatore* de la póliza al tratarse de un contrato de adhesión.

Las disposiciones normativas y los pronunciamientos jurisprudenciales citados en precedencia permiten colegir que para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, no basta con verificar que el asegurado entregó información inexacta sobre el estado del riesgo, sino que además se requiere constatar si, previamente, el asegurador tuvo la posibilidad de conocer los hechos omitidos, sin perder de vista que el contrato de seguro es de adhesión, que la aseguradora, como profesional en el ramo, ostenta una posición dominante y que por ello los deberes que le son exigibles son superiores, en especial, los de obrar con diligencia y cuidado y el de entregar al consumidor financiero información transparente, clara, veraz, oportuna y verificable sobre sus productos. Y teniendo en cuenta, en todo caso, que el régimen de protección del consumidor financiero consagra que en caso de surgir un conflicto entre los intereses de la entidad vigilada y los del consumidor financiero, siempre deben prevalecer los de este último (literal e del artículo 3º).

4. Para el caso en concreto, de los elementos materiales de juicio obrantes en el plenario, se tiene lo siguiente:

4.1 El Banco BBVA Colombia S.A. le otorgó tres créditos al señor Ramírez Mendoza: (i) el 8 de marzo de 2016, el crédito de libranza 0013-0158-64-9607352891; (ii) el 16 de junio de 2016, el crédito de consumo 0013-0158-00-9608118556 y (iii) el 27 de abril de 2017, el crédito hipotecario 0013-0924-25-9600011919. Dichos créditos fueron amparados por las pólizas de seguro de vida grupo deudores Nos. 02 219 0000163719, 02 223 0000021413 y 02 306 0000026909 (archivos 7, 10 y 13. Carpeta “demanda digitalizada”).

4.2 El actor suscribió sendos documentos denominados “solicitud/certificado individual seguro vida grupo deudores” los días 8 de

marzo de 2016, 14 de junio de 2016 y 17 de abril de 2017, en los cuales aparecen respondidas de forma negativa las preguntas de la declaración de asegurabilidad.

4.3 El primero de los formularios ni siquiera se diligenció de forma completa, en tanto que ningún dato se anotó respecto a la estatura y peso de quien pretendía adquirir el seguro. En el segundo formulario, el peso del actor fue registrado en forma errada, pues se anotó la siguiente cifra: 1.77. Solo en el tercer documento se apuntó que la estatura del actor era de 1.76 metros y su peso, 99 kilogramos (folios 162 y 163 del expediente físico).

4.4 Tanto en su escrito de demanda, como en su interrogatorio de parte, el señor Ramírez Mendoza manifestó que todos los documentos, tanto los relacionados con el crédito, como los del seguro, fueron diligenciados por la asesora comercial del banco, que dicha empleada le indicó que para la aprobación de los créditos y el seguro bastaba que impusiera su firma sobre ellos, sin que en ningún momento le brindara información en torno a la cobertura, exclusiones o sanciones por entregar información inexacta.

4.5 La aseguradora demandada ninguna prueba aportó en orden a acreditar que sí cumplió con el deber de brindar al actor información transparente, clara y veraz sobre el producto que iba a adquirir. En su interrogatorio de parte, la representante legal de la aseguradora se limitó a señalar que la entidad que representa “adelanta una serie de capacitaciones a la fuerza comercial del banco, en aras de que estos funcionarios hagan la colocación de los seguros, explicando a los consumidores financieros acerca de las coberturas que tiene la póliza que son la de vida e incapacidad total y permanente (...) El asesor del banco le entrega al potencial asegurado el formulario de asegurabilidad que tiene una serie de preguntas vinculadas o relacionadas con el estado de salud de cada una de las personas, para que una vez le sea explicado por parte del asesor, el

consumidor haga una lectura al documento y proceda a diligenciarlo y suscribirlo el asesor del banco”.

De dicho interrogatorio de parte lo que se desprende es que la aseguradora capacita a los asesores comerciales del banco para la colocación de los seguros, pero ello en modo alguno demuestra que, para el caso de marras, al señor Ramírez Mendoza se le brindó la información que echa de menos, en torno a la cobertura, exclusiones y las consecuencias por entregar información inexacta.

4.6 Cual lo viene alegando el apelante, en las declaraciones de asegurabilidad, el señor Ramírez Mendoza autorizó a “cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA seguros de vida Colombia s.a. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados”. Como se indicó en las líneas anteriores, el actor adquirió tres pólizas, en distintos tiempos, y en ninguna de esas ocasiones se consultó su historial clínico antes de asumir el riesgo.

4.7 Cada una de las pólizas que acá se aportaron contienen un anexo de “incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización”, el cual, en el acápite de amparos establece lo siguiente: “Incapacidad total y permanente: si durante la vigencia de la póliza a la cual accede, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares. Para efectos de este beneficio, **incluyendo los regímenes especiales**, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y **cuando la pérdida de capacidad laboral** evaluada por la aseguradora o calificado por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, **sea superior al 50%**” (Negrilla fuera de texto. Archivo 15 de la carpeta “demanda digitalizada”).

4.8 El riesgo asegurado se verificó el 23 de agosto de 2017, cuando la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad Naval de las Fuerzas Militares de Colombia calificó la pérdida de capacidad laboral del actor en un 66.22% (archivo 18 carpeta demanda digitalizada).

4.9 La Junta Médica tuvo en cuenta 23 “antecedentes- lesiones-afecciones-secuelas” para asignar al actor ese porcentaje de pérdida de capacidad laboral, entre las cuales se encuentra la obesidad, patología que, de acuerdo con los antecedentes consignados en el acta de la junta médica, le había sido diagnosticada al actor desde hace tiempo atrás. Así, en la nota realizada por el especialista en cirugía general el 4 de septiembre de 2015, se lee “Estado actual: obesidad mórbida grado III. Paciente con obesidad mórbida candidato a cirugía bariátrica, que inició proceso, pero no se lo realizó”, diagnóstico reiterado en las valoraciones de 18 de diciembre de 2015 y 25 de febrero de 2016 (archivo 18 carpeta demanda digitalizada).

5. Con los anteriores elementos de juicio es posible concluir que, cual lo informó la representante legal de la aseguradora, la instrucción que se le da a los asesores comerciales del banco es que ellos deben diligenciar la declaración de asegurabilidad, pero previamente el consumidor financiero debe haber leído el cuestionario y se le debe haber brindado toda la información respecto a las consecuencias de no realizar una declaración sincera. En este trámite, desde su escrito introductorio el actor ha venido alegando que en ninguna de las oportunidades en que adquirió los productos financieros, la asesora le informó sobre la cobertura, exclusiones y menos, sobre las sanciones que podrían derivarse de una declaración inexacta. Es decir, uno de los ejes sobre los cuales se estructuró la demanda de protección al consumidor financiero que ahora nos ocupa, lo constituye el incumplimiento del deber de la aseguradora de entregar

información cierta, suficiente y clara sobre los productos que estaba ofreciendo a su cliente. No obstante, la aseguradora no procuró la obtención de ninguna prueba para acreditar que sí cumplió con tal obligación, es de verse que ningún testimonio se recaudó en tal sentido. El único elemento de juicio acopiado es la declaración de la representante legal de la aseguradora, quien se limitó a señalar que los asesores comerciales del banco se encuentran debidamente capacitados para la colocación de los seguros, pero nada indicó en torno a la información entregada, en particular, al señor Ramírez Mendoza. Y ante eventualidades como esta, como ya se anticipó, la ley del consumidor financiero impone resolver la duda en favor del asegurado.

No se puede perder de vista que la información que deben entregar las entidades financieras debe “a) Ser cierta, suficiente, idónea y corresponder a lo ofrecido o previamente publicitado. En este sentido, contener las características de los productos o servicios, los derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos, las medidas para el manejo seguro del producto o servicio, las consecuencias derivadas del incumplimiento del contrato; b) Ser clara y comprensible; c) Ser divulgada o suministrada oportunamente; y d) Ser entregada o estar permanentemente disponible para los consumidores financieros” (Sentencia T-136 de 2013. M.P. Jorge Iván Palacio Palacio).

Para el Tribunal, la aseguradora incumplió su deber de informar suficientemente al acá demandante sobre los términos y condiciones del contrato de seguro, situación que de por sí, resulta suficiente para inaplicar la sanción por reticencia. Pero si ello no bastara, se tiene que la declaración de nulidad no resulta aplicable, como atrás se señaló, si antes de celebrarse el contrato, el asegurador “ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”,(inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio), y lo que muestran los documentos aportados es que para la época en que se diligenciaron los formularios de

asegurabilidad, el actor evidenciaba una condición notoria de obesidad mórbida, la cual era fácilmente advertible para los asesores comerciales del banco, en tanto que se trataba de una obesidad “grado III”, circunstancia que le imponía a la aseguradora, como profesional en el ramo, actuar con suma diligencia y emprender las pesquisas pertinentes en orden a determinar el verdadero estado del riesgo.

Sobre todo, cuando es de común conocimiento que la obesidad mórbida acarrea graves problemas de salud. Así lo refirió el médico que rindió su declaración en este trámite, al indicar que la obesidad “es una condición individual de la persona que puede llevar a que tenga diabetes, por eso se habla de una prediabetes, pero puede además generar alteraciones que no pueda controlar la hipertensión arterial”.

Es de verse que la actuación de la aseguradora demandada lejos estuvo de ser diligente, pues como se indicó en las líneas precedentes, en la primera declaración de asegurabilidad, la asesora comercial ni siquiera diligenció los campos de estatura y peso, y en el segundo formulario, se anotó un peso errado.

La obesidad mórbida es una condición que puede ser advertida fácilmente. No se requieren especiales conocimientos médicos para reparar en tal situación. Es por ello que resulta reprochable que, para el caso de marras, la aseguradora no hubiere ordenado al señor Ramírez Mendoza la práctica de exámenes médicos para establecer el verdadero estado del riesgo, como que tampoco hubiere consultado la historia clínica de éste, pese a estar autorizada para ello. De haberse desplegado una cualquiera de tales actuaciones, a buen seguro, se habría evitado este litigio.

Sobre el punto, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que “[l]o 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”, por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente” (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil, Agraria y Rural. Sentencia de 26 de abril de 2007. Rad. 1997-04528-01).

De ese modo, si la aseguradora no cumplió con su deber de información y asimismo, actuó de forma negligente, al no ordenar la práctica de exámenes médicos ni consultar el historial clínico de su asegurado, pese a tener ante sus ojos, la prueba de la discrepancia entre lo consignado en el formulario de asegurabilidad y la realidad, no puede alegar ahora que el contrato está viciado de nulidad relativa por la inexactitud en que este incurrió, en tanto que dicha condición era conocida por la demandada. El actor acudió en (3) tres ocasiones ante la entidad financiera, y en ninguna de ellas la aseguradora obró de forma diligente en orden a establecer el real estado del riesgo. Obviamente que, ante un descuido de tal magnitud, la aseguradora queda vinculada a los efectos de cada uno de los contratos de seguro y está llamada a responder por los amparos otorgados.

Ante ese panorama se impone la revocatoria de la sentencia apelada, en tanto que el fallador de instancia se limitó a constatar que, en la declaración de asegurabilidad, el asegurado no informó sobre su padecimiento de hipertensión arterial, pese a tener

conocimiento sobre ello desde tiempo atrás, reprochando la actuación del asegurado, quien admitió no haber leído los documentos que suscribió para solicitar el crédito y el seguro. Ciertamente, en tal razonamiento, se dejó de lado que las aseguradoras, como profesionales en su campo, deben obrar con la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos, y les corresponde entregar a los consumidores financieros información suficiente, clara y veraz sobre el contenido de sus pólizas, deberes que, como se señaló en las líneas precedentes, fueron incumplidos por la convocada a juicio.

Las anotaciones efectuadas en precedencia resultan suficientes para despachar adversamente la excepción que declaró probada el fallador de instancia, como las denominadas “prescindencia del examen médico en los seguros de vida: Así se prescinda de la práctica de los exámenes médicos, el asegurado debe declarar con sinceridad el estado del riesgo. Artículo 1158 del Código de Comercio”; “la nulidad relativa de las pólizas seguro de vida grupo deudores (...) del proceder reticente del señor Héctor Santiago Ramírez al declarar su estado de riesgo”; “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”. Artículo 1059 del Código de Comercio”.

6. Establecido entonces que las pretensiones del actor deben abrirse paso, pasa el Tribunal a fijar el monto de la condena.

6.1 En ese sentido se tiene que el 8 de marzo de 2016, el actor adquirió el crédito de libranza No. 0013-0158-64-9607352891, por valor de \$200'000.000. Dicha obligación se encuentra amparada por la póliza 02 219 0000163719 y el valor asegurado corresponde a \$200'000.000.

En la certificación aportada por el banco demandado (archivo 024 del cuaderno del Tribunal), se advierte que: (i) para la fecha de estructuración de la incapacidad laboral del actor (23 de agosto de

2017), dicho crédito presentaba un saldo de \$185'454.535 y (ii) que para la fecha de esta sentencia, dicho crédito se encuentra cancelado en su totalidad.

En ese sentido, resulta procedente, cual se pidió en la demanda, ordenar que el valor adeudado para la fecha de estructuración de la incapacidad, le sea cancelado directamente al actor. Sobre dicho monto, atendiendo lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, se reconocerán intereses moratorios desde el 15 de diciembre de 2017, esto es, desde el mes siguiente a la fecha en que fue radicada la reclamación (archivo 3 de la carpeta demanda digitalizada).

La Sala no ordenará la devolución de los intereses de plazo que el actor le canceló al Banco tras la configuración del siniestro, porque sobre el saldo insoluto ya se está ordenando el pago de intereses moratorios, los cuales corresponden al interés bancario corriente aumentado en la mitad, por lo que de ordenarse tanto el pago de intereses moratorios como el pago de los intereses corrientes, se estaría obligando a la aseguradora a reconocer un doble interés por un mismo concepto.

También se ordenará la devolución de las primas pagadas por el actor con posterioridad a la estructuración de la incapacidad. Sobre dichas sumas también habrán de reconocerse intereses moratorios a la tasa enunciada en el artículo 1080 del Estatuto Mercantil. Frente a las cuatro primeras cuotas, los intereses moratorios habrán de reconocerse desde el 15 de diciembre de 2017, esto es, desde el mes siguiente a la fecha en que fue radicada la reclamación, y respecto a las cuotas posteriores, los réditos moratorios se reconocerán desde el día siguiente a que se efectuó cada uno de los pagos. En la forma que se indica a continuación:

Valor de la prima	Fecha desde la cual se deben pagar intereses moratorios
150,000.00	15/12/2017
150,000.00	15/12/2017
150,000.00	15/12/2017
150,000.00	15/12/2017
150,000.00	04/01/2018
150,000.00	06/02/2018
150,000.00	06/03/2018
150,000.00	04/04/2018
150,000.00	04/05/2018
150,000.00	06/06/2018
150,000.00	04/07/2018
150,000.00	04/08/2018
150,000.00	04/09/2018
150,000.00	04/10/2018
150,000.00	07/11/2018
150,000.00	04/12/2018
150,000.00	04/01/2019
150,000.00	05/02/2019
150,000.00	05/03/2019
150,000.00	04/04/2019
150,000.00	04/05/2019
150,000.00	05/06/2019
150,000.00	04/07/2019
150,000.00	06/08/2019
150,000.00	04/09/2019
150,000.00	04/10/2019

6.2 El 16 de junio de 2016, el actor adquirió el crédito de consumo No. 0013-0158-00-9608118556, por valor de \$55'819.000. Dicha obligación se encuentra amparada por la póliza 02 223 0000021413, cuyo valor asegurado corresponde a \$55'819.000.

En la certificación aportada por el banco demandado (archivo 024 del cuaderno del Tribunal), se advierte que: (i) para la fecha de estructuración de la incapacidad laboral del actor (23 de agosto de 2017), dicho crédito presentaba un saldo de \$48'817.552,23 y (ii) que para la fecha de esta sentencia, dicho crédito se encuentra cancelado en su totalidad.

En ese sentido, resulta procedente, cual se pidió en la demanda, ordenar que el valor adeudado para la fecha de estructuración de la incapacidad, le sea cancelado directamente al actor. Sobre dicho monto, atendiendo lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, se reconocerán intereses moratorios desde el 15 de diciembre de 2017, esto es, desde el mes siguiente a la fecha en que fue radicada la reclamación (archivo 3 de la carpeta demanda digitalizada).

La Sala no ordenará la devolución de los intereses de plazo que el actor le canceló al Banco tras la configuración del siniestro, por lo expuesto en el numeral precedente.

También se ordenará la devolución de las primas pagadas por el actor con posterioridad a la estructuración de la incapacidad. Sobre dichas sumas también habrán de reconocerse intereses moratorios a la tasa enunciada en el artículo 1080 del Estatuto Mercantil. Frente a las tres primeras cuotas, los intereses moratorios habrán de reconocerse desde el 15 de diciembre de 2017, esto es, desde el mes siguiente a la fecha en que fue radicada la reclamación, y respecto a las cuotas posteriores, los réditos moratorios se reconocerán desde el día siguiente a que se efectuó cada uno de los pagos. En la forma que se indica a continuación:

Valor de la prima	Fecha desde la cual se deben pagar intereses moratorios
42,795.00	15/12/2017
42,794.18	15/12/2017
42,793.69	15/12/2017
85,590.00	17/01/2018
42,795.00	14/04/2018
42,795.00	03/05/2018

85,590.00	21/06/2018
42,795.00	09/08/2018
42,795.00	22/08/2018
42,795.00	25/09/2018
42,795.00	29/11/2018
42,795.00	04/01/2019
42,795.00	29/01/2019
85,590.00	16/03/2019
42,795.00	26/04/2019
42,795.00	01/06/2019
42,795.00	10/07/2019
42,795.00	27/07/2019
42,795.00	13/09/2019
42,795.00	24/09/2019
42,795.00	09/11/2019
42,795.00	29/11/2019

6.3 El 27 de abril de 2017, el actor adquirió el crédito hipotecario No. 0013-0924-25-9600011919, por valor de \$150'000.000. Dicha obligación se encuentra amparada por la póliza 02 306 0000026909, cuyo valor asegurado corresponde a \$150'000.000.

En la certificación aportada por el banco demandado (archivo 024 del cuaderno del Tribunal), se advierte que con posterioridad a la estructuración de la incapacidad, el actor continuó pagando las cuotas del crédito, pero en diciembre de 2020, dejó de cancelarlas, y por ello, dicha obligación, a la fecha, presenta un saldo en mora por valor de \$123'723.361,16.

En ese sentido, respecto a dicho crédito, solo puede ordenarse la devolución al actor de las cuotas que asumió con posterioridad a la estructuración de la pérdida de capacidad laboral. Frente a las cuatro primeras, se reconocerán intereses moratorios desde el 15 de diciembre de 2017, esto es, desde el mes siguiente a la fecha en que fue radicada la reclamación, y respecto a las cuotas posteriores, los réditos moratorios se reconocerán desde el día siguiente a que se efectuó cada uno de los pagos, como se indica a continuación:

Valor de la cuota	Fecha desde la cual se deben pagar intereses moratorios
2,516,118.15	15/12/2017
2,515,699.53	15/12/2017
2,507,549.39	15/12/2017
2,507,253.75	15/12/2017
2,506,892.59	28/12/2017
2,506,558.91	30/01/2018
2,506,220.66	28/02/2018
2,513,037.81	28/03/2018
2,512,660.31	28/04/2018
2,512,344.07	29/05/2018
2,511,892.04	28/06/2018
2,511,500.11	28/07/2018
2,511,137.18	28/08/2018
2,510,704.14	28/09/2018
2,510,297.84	30/10/2018
2,509,888.16	28/11/2018
2,509,472.91	28/12/2018
2,509,115.95	29/01/2019

2,508,627.07	28/02/2019
2,514,617.07	28/03/2019
2,514,145.75	30/04/2019
2,513,703.87	28/05/2019
2,513,189.20	28/06/2019
2,512,702.46	30/07/2019
2,512,209.38	28/08/2019
2,511,709.68	28/09/2019
2,511,270.06	29/10/2019
2,510,694.19	28/11/2019
2,510,177.74	28/12/2019
2,509,687.36	28/01/2020
2,509,124.67	28/02/2020
2,514,143.31	28/03/2020
370,546.45	31/10/2020
2,268,990.71	14/11/2020
2,642,719.65	23/12/2020
30,325.11	29/12/2020
85,666,927.23	Total

El capital insoluto, esto es, la suma de \$123'723.361,16, deberá ser pagada por la aseguradora directamente al Banco BBVA, sobre dicha suma también habrá de reconocer intereses moratorios desde el 28 de diciembre de 2020 (fecha desde la cual la obligación se encuentra en mora).

Entonces, se tiene que el monto total de las cuotas que debe ser devuelta al actor asciende a \$85'666.927,23, junto con los respectivos intereses moratorios, en la forma señalada en la tabla

anterior, y al banco le deberá ser cancelado el saldo insoluto, que asciende a \$123'723.361,16.

Dichos montos, sumados, superan los \$150'000.000, que es el valor asegurado para dicho crédito, pero es de verse que dicho valor no puede mantenerse inmutable en el tiempo, a sabiendas de los efectos nocivos de la devaluación, es por ello que en aras de proteger los derechos del asegurado y del beneficiario, es menester actualizar ese rubro, pues ya es criterio decantado que “la naturaleza de la indexación no es resarcitoria ni hace parte del objeto de la pretensión, sino que es una simple variación de las condiciones externas del perjuicio, debido a la depreciación que sufre el dinero en el tiempo por la incidencia de ciertos factores de la economía; por lo que el juez está facultado para decretarla aún de oficio, pues lo contrario supondría la aceptación de una situación inequitativa en contra del acreedor” (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia de 18 de diciembre de 2012, exp. 2004-00172-01).

La actualización se hará con fundamento en la fórmula usada de vieja data por la jurisprudencia: “la suma actualizada (Sa) es igual a la suma histórica (Sh) multiplicada por el índice de precios al consumidor del mes hasta el que se va a realizar la actualización (índice final) dividido por el índice de precios al consumidor del mes del que se parte (índice inicial)” (CSJ SC, 16 sep. 2011, rad. 2005-00058-01).

$$Sa = Sh \times \left[\frac{IPC \text{ Final}}{IPC \text{ Inicial}} \right]$$

Como la póliza fue adquirida el 4 de abril de 2017, este será el hito inicial que se tomará (de acuerdo con la información publicada en la página del DANE² el índice de precios al consumidor para dicha época ascendía a 95,91). El índice final será el de octubre de 2024,

² Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc>

que es el último dato con el que se cuenta a la fecha de elaboración de esta sentencia, que equivale a 143.83.

Entonces,

$$Sa = 150.000.000 \left[\frac{143,83}{95,91} \right]$$

$$Sa = \$224.945.261,18$$

De ese modo, se tiene que el valor asegurado (actualizado a la fecha de esta sentencia), es superior al monto de la condena que se le está imponiendo a la aseguradora.

7. Resta señalar que, pese a que en el escrito de demanda se solicitó condenar solidariamente al banco demandado, lo cierto es que ni siquiera se mencionó, y menos se acreditó, cuál es la actuación reprochable que aquella entidad desplegó o cuál es el daño que aquella le causó al asegurado, por lo que frente a dicha entidad financiera no se impondrá condena alguna.

Como consecuencia, el demandante deberá cancelar las costas en que incurrió el Banco demandado en ambas instancias.

8. En tanto las pretensiones izadas frente a la aseguradora fueron acogidas, esta última deberá correr con las costas de ambas instancias a favor del actor.

9. Finalmente, como quiera que en su interrogatorio de parte, el representante legal del Banco BBVA Colombia S.A. informó que el acá demandante se encuentra dentro de un proceso de insolvencia de persona natural no comerciante, y revisada la consulta de procesos de la Rama Judicial, se encontró que dicha actuación cursa en el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Cali, con radicado 76001400300420210050000, se dispondrá que, por secretaría, se

envíe copia de esta sentencia a dicho despacho judicial, para los fines que estime pertinentes.

En mérito de lo expuesto, la Sala Civil del Tribunal Superior de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR en su integridad la sentencia apelada.

SEGUNDO. – Como consecuencia de lo anterior se declara que BBVA Seguros Colombia incumplió los contratos de seguro contenidos en las pólizas 02 219 0000163719, 02 223 0000021413 y 02 306 0000026909, por lo que deberá cancelar al actor las sumas que se enuncian a continuación:

2.1 Por concepto del crédito de libranza, la suma de \$185'454.535, junto con los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 15 de diciembre de 2017.

2.2 Por concepto de primas de seguro, las sumas que fueron discriminadas en el cuadro elaborado en el numeral 6.1 de la parte considerativa de la sentencia, junto con los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, desde las fechas indicadas en la referida tabla.

2.3 Por concepto del crédito de consumo, la suma de \$48'817.552,23, junto con los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 15 de diciembre de 2017.

2.4 Por concepto de primas de seguro, las sumas que fueron discriminadas en el cuadro elaborado en el numeral 6.2 de la parte considerativa de la sentencia, junto con los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, desde las fechas indicadas en la referida tabla.

2.5 Por concepto del crédito hipotecario, la aseguradora deberá pagar al actor las sumas discriminadas en la tabla elaborada en el numeral 6.3 de la parte considerativa de la sentencia, junto con los intereses moratorios de que trata el artículo 1080 del Código de Comercio, desde las fechas indicadas en el referido cuadro.

TERCERO. – Como quiera que existe un saldo insoluto a favor del Banco BBVA Colombia S.A., a favor de este establecimiento financiero la aseguradora debe cancelar la suma de \$123'723.361,16, junto con los correspondientes intereses moratorios, a la tasa fijada por el artículo 1080 del Código de Comercio, desde el 28 de diciembre de 2020.

CUARTO. – Condenar en costas de ambas instancias al actor frente al Banco BBVA Colombia S.A. Por concepto de agencias en derecho de segunda instancia, el Magistrado Ponente fija la suma de \$2'000.000.

QUINTO. – Condenar a la aseguradora demandada a pagar a favor del actor, las costas de ambas instancias. Las agencias en derecho de segunda instancia se fijan por el Magistrado Sustanciador en la suma de \$2'000.000.

SEXTO. – Por secretaría, remítase copia de esta sentencia al Juzgado Cuarto Civil Municipal de Cali, con destino al proceso 76001400300420210050000, para los fines que estime pertinentes.

SÉPTIMO. - . Devolver el expediente a la oficina de origen.

NOTIFÍQUESE,



CARLOS ALBERTO ROMERO SÁNCHEZ
Magistrado Ponente



HOMERO MORA INSUASTY
Magistrado



HERNANDO RODRÍGUEZ MESA
Magistrado