

REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO TREINTA CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Bogotá D.C., dos (2) de diciembre de dos mil veinticuatro (2024).

Proceso	Verbal
Demandante (s):	OSCAR ZAMBRANO SAAVEDRA
Demandado (s):	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. BBVA COLOMBIA S.A.
Radicado	110010800008-2022-02530-01

Se decide la apelación que interpuso la parte actora contra la sentencia que el 13 de octubre de 2023 que profirió la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en el proceso de protección al consumidor promovido por Oscar Zambrano Saavedra contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., BBVA COLOMBIA S.A.

ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA. Como pretensión principal, **i)** declarar la existencia del seguro grupo de vida, deudores No. VGDB-00110043 con cobertura de incapacidad total permanente, **ii)** ordenar a la aseguradora BBVA SEGUROS a pagar a favor de BANCO BBVA COLOMBIA S.A., el saldo insoluto de la obligación No. 00130486009600178247 en cuestión a la fecha en que se haya estructurado la invalidez del señor Óscar Zambrano Saavedra, **iii)** condenar a la aseguradora BBVA SEGUROS a pagar el total de la obligación No. 00130486009600178247 al BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

En síntesis, relató la libelista que, el accionante adquirió dos créditos con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. uno en tarjeta de crédito y el otro crédito de libre inversión, los cuales van amparados en una póliza de seguros de vida, identificado con el No. VGDB-00110043 donde la aseguradora es BBVA SEGUROS encargada de cubrir los riesgos de pérdida de la capacidad laboral permanente del 50%.

Indicó que al accionante le diagnosticaron 1) diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación, 2) hipertensión primaria, 3) renopatía diabética donde tiene ceguera en el ojo izquierdo.

En el año 2021 la Junta Nacional de Calificación de Invalidez mediante dictamen 2018-18123879 calificó la pérdida de la capacidad laboral en porcentaje del 53,93% con fecha de estructuración 08 de octubre de 2020 de origen por enfermedad común.

Manifestó que, BBVA Seguros recogió la deuda de la tarjeta de crédito como quiera que

es de menor valor, del mismo modo solicitó la indemnización de la póliza No. VGDB-00110043.

Frente a la comunicación recibida por la aseguradora, le indicaron que objetan el pago de la póliza porque las patologías de hipertensión y diabetes fueron diagnosticadas desde el año 2012, aduciendo una nulidad relativa del seguro; respuesta con la que no está de acuerdo, pues para que opere la reticencia por ellos alegada y sustraerse del pago, debe existir un concepto emitido por un juez declarando la nulidad relativa, por lo que la aseguradora no puede negar el pago.

Sostiene que, no es cierto que las patologías descritas hayan sido diagnosticadas en el año 2012, como quiera que las pruebas que determinaron la PCL se encuentran descritas en todos los dictámenes y en ninguno de ellos se hace referencia a la del año 2012, afirma que la aseguradora no le suministra información clara acerca de la cobertura de la póliza al tomador.

2. LA OPOSICIÓN. El demandado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. excepcionó *“nulidad de los aseguramientos como consecuencia de la reticencia del asegurado Oscar Zambrano Saavedra.”, 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”, “BBVA seguros de vida Colombia 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”, “falta de legitimación en la causa por activa”. “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”, “genérica o innominada y otras”.*

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS: “en cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el máximo del valor asegurado”, “de cualquier modo, la obligación de la compañía no puede exceder el saldo insoluto de las obligaciones”, “el único beneficiario de la póliza de seguro vida grupo deudores es el BANCO BBVA”.

A su turno el Banco BBVA COLOMBIA S.A. en su defensa adujo *“falta de legitimación en la causa por pasiva”, “cumplimiento legal y contractual de BBVA COLOMBIA”, “la genérica”.*

3. LA SENTENCIA RECURRIDA. El juez *a quo* dispuso:

PRIMERO: DECLARAR NO probadas las excepciones denominadas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. como “FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA”, “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”, de conformidad con lo

expuesto en las consideraciones que conforman la parte motiva de esta decisión. SEGUNDO: DECLARAR NO probada la excepción denominada por BBVA COLOMBIA S.A. como “FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA”, de conformidad con lo expuesto en las consideraciones que conforman la parte motiva de esta decisión. TERCERO: DECLARAR probada de oficio la excepción denominada por la aseguradora demandada “NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO OSCAR ZAMBRANO SAAVEDRA”, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia. CUARTO: DECLARAR de oficio la excepción denominada INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL FRENTE A BBVA COLOMBIA S.A., de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. QUINTO: NEGAR en consecuencia las pretensiones de la demanda. SEXTO: No imponer condena en costas.

4. LA APELACIÓN. El inconforme adujo, en resumen, que se revoquen los numerales tercero, cuarto y quinto de la decisión, y en su lugar, se declare por parte del despacho judicial la existencia del seguro de vida, deudores NO VGDB-00110043, y en consecuencia ordenar a la aseguradora BBVA SEGUROS, a pagar a favor de BANCO BBVA COLOMBIA S.A. El saldo insoluto de la obligación No. 00130486009600178247, en consecuencia, se CONDENE a la aseguradora BBVA SEGUROS a pagar el pago total de la obligación No 00130486009600178247, por las siguientes razones:

4.1. Sustentación del recurso de apelación de conformidad con el art. 322 del C. G. del P., la que fundamentó, en síntesis, en que en el plenario obra suficiente material probatorio que da cuenta de los documentos que sirvieron de soporte para el trámite ante la entidad financiera, además, que el actor contaba con una obligación por libranza, en la que se autorizó a su empleador los descuentos a favor del banco BBVA COLOMBIA S.A., así como la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y la reclamación para el pago del crédito con ocasión del contrato de seguros adquirida.

4.2. Interpretación extensiva que le otorgo la a quo a la prueba documental denominado dentro de la presente como “declaratoria de asegurabilidad”, que de forma errónea lo toma como única prueba para demostrar el estado de riesgo del asegurado y de las condiciones de salud del mismo, omitiendo factores que podrían ser fundamentales para la ineficacia del formato propuesto.

Indicando que de conformidad con el art. 1058 del C. del Co, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador a la declaración libre y espontánea sin sujeción a un cuestionario haciendo la salvedad

que la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, por lo que se debe estipular en el texto de la póliza en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que, si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que luego, la entidad no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella, pues de presentarse ambigüedades, éstas deben interpretarse a favor del usuario, y que para llegar a ello, es pertinente, 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 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.

4.4. Manifiesta que, la aseguradora se limitó a la firma de los formatos, cuando debió indagar previamente por el estado de salud del ejecutante, que, de haberse dado la posibilidad de una reticencia presente en el asegurado al momento de suscribir los contratos de seguros, no se configura la nulidad deprecada en el art. 1058 del C. del Co. en virtud de la diligencia que debió ser ejercida por la aseguradora para auscultar el verdadero estado del riesgo.

4.5. Del mismo modo, indica que, al momento de fallar la juzgadora en primera instancia, se refirió de manera muy rápida y superficial a los antecedentes médicos del señor Oscar, los cuales no eran más que impresiones diagnósticas hasta que no fueron estudiados en virtud de un dictamen de pérdida de capacidad laboral, en el mismo sentido, manifestó que, la mala fe se deprecó de parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, antes, durante y después de la relación contractual, al desconocer el deber legal que asumió a partir de las obligaciones bilaterales contenidas en el contrato de seguro, por lo que objetó que en primera instancia se haya castigado al accionante porque presuntamente omitió declarar o absolver el cuestionario de la declaración de asegurabilidad con toda la verdad, cuestionario que nunca fue formulado en debida forma por la aseguradora.

Reprochando, que la declaración de asegurabilidad es confusa, amplia, extremadamente general y prediseñada con mala fe, donde se puede observar que jamás se interrogó al tomador sobre su estado de salud, y mucho menos se le explicó la importancia del documento y sobre todo de la dinámica del mismo.

4.6 Dentro del término de traslado, la parte ejecutada allegó alegatos de conclusión, la parte demandante pretende desvirtuar la ya probada excepción denominada “NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO OSCAR ZAMBRANO SAAVEDRA” esbozando argumentos que fueron desestimados dentro de las etapas surtidas, indicando que la aseguradora contaba con la autorización del demandante para solicitar su historial médico a las entidades a las que él se encontraba afiliado y que, por ello, es responsable la aseguradora de haber asumido un riesgo mayor al que debía, pues no realizó las investigaciones pertinentes al momento de formalizar el contrato de seguros, por lo que indica que se partió del principio de la buena fe, pues el asegurado es quien conoce de primera mano su estado de salud, por lo tanto, es quien debe informarla en la etapa precontractual, quien conoce el riesgo es quien debe informarla.

4.7 FRENTE AL REPARO POR MEDIO DEL CUAL SE PRETENDE DESVIRTUAR LOS PADECIMIENTOS DEL SEÑOR OSCAR ZAMBRANO SAAVEDRA, indica que la recurrente pretende hacer ver al juez de segunda instancia que las enfermedades del señor Oscar Zambrano Saavedra, no se trataban de diagnósticos formales hasta la calificación de pérdida de capacidad laboral, sino que se trataba de simples impresiones diagnósticas, para lo cual realiza la diferencia entre ellas, así: el Ministerio de Salud en ACUERDO 08 DE 2009 define la impresión diagnóstica: es una conclusión a la que se llega con base en los resultados de la elaboración de la historia clínica, el examen físico y/o actividades complementarias, en la cual se expresa la presencia o ausencia de una entidad nosológica como síndrome o enfermedad, según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base de un tratamiento.”

El diagnóstico corresponde a la exactitud. La impresión diagnóstica depende de la precisión. No basta un solo criterio; son juicios varios los que determinan la llegada a una impresión diagnóstica, lo más cercana posible a la exactitud de un diagnóstico. Lo ideal sería llegar a un diagnóstico puntual en el primer intento de aproximación a la verdadera anomalía que afecta al paciente”.

Por lo que considera errado por la recurrente que las patologías sufridas por el demandante se trataban de meras impresiones diagnósticas conforme a la historia clínica que reposa en el expediente se observa que ya se encontraba en tratamiento para la conservación de su salud; este tratamiento consistía en el medicamento LOSARTAN para tratar su hipertensión y METFORMINA para tratar su diabetes mellitus tipo 2.

4.8 FRENTE AL REPARO POR MEDIO DEL CUAL SE ACUSA DE FALTA DE DILIGENCIA A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A AL NO VERIFICAR EL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO, busca eximir la responsabilidad que está en cabeza del asegurado de declarar el estado real del riesgo, tema que ya fuera

objeto de análisis, reiterando que, es el asegurado el que debe indicar su real condición de salud.

4.9 FRENTE AL REPARO POR MEDIO DEL CUAL SE INDICA QUE LA MALA FE DEBE SER PROBADA, la accionante indica que la mala fe del asegurado al momento de suscribir su contrato de seguros debe ser probada quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado.

5. Respecto del fallo de primera instancia, este debe ser confirmado, como quiera que, surtido el debate probatorio fue posible determinar en el curso del proceso la existencia de la reticencia con la cual el señor Oscar Zambrano Saavedra declaró su estado de salud en el documento denominado “solicitud/certificado de asegurabilidad”, por medio del cual se le realizaron diferentes cuestionamientos en lenguaje sencillo y preciso que cualquier persona pueda comprender y, que conociendo este sus padecimientos decidió ocultarlos al momento de suscribir su contrato de seguro, por lo que no había lugar a dudas, por ende, la nulidad relativa del contrato de seguros, pues se encuentra viciado el consentimiento de la compañía de seguros BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por lo que solicita sea confirmado el fallo de primera instancia.

CONSIDERACIONES

1. Verificada la ausencia de irregularidades que comprometan la validez de la actuación, se proferirá decisión de fondo. Además, que este despacho es competente para decidir el recurso de apelación en los términos y con las limitaciones que establece en el artículo 328 del C. G. del P.

Para empezar, se debe precisar que el contrato de seguro no se encuentra definido de forma expresa en el Código de Comercio, pero se ha entendido como el convenio donde una de las partes asume un riesgo definido a cambio de una prestación que se conoce como prima, el que se caracteriza por ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva a voces de lo dispuesto en el artículo 1036 del Código de Comercio.

En el cual intervienen el asegurador, tomador y beneficiario (art. 1037 del C. de Co.) cuyos elementos esenciales son el interés asegurable, riesgo asegurable, prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador (art. 1045 Ib.)

El artículo 1058 del C. Co. dispone que el tomador debe declarar de forma sincera su estado del riesgo conforme al cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. A su turno, se define como reticencia, también conocida como la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos, por el asegurador, este se hubiese sustraído de la celebración del contrato o hubiese impuesto condiciones más onerosas, circunstancias que producen la nulidad relativa del seguro. Así mismo, cuando el tomador encubre por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación del riesgo.

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en fallo del 4 de marzo de 2016 (exp. 2008 00034 01), *“Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia”*.

Conocidos los fundamentos de la censura presentada, el despacho advierte que la alzada promovida por el actor esta llamada al fracaso, por las siguientes razones a saber:

En el *sub lite* el demandante Oscar Zambrano Saavedra adquirió dos créditos con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. uno en tarjeta de crédito y el otro crédito de libre inversión, los cuales van amparados en una póliza de seguros de vida, identificado con el No. VGDB-00110043 donde la aseguradora es BBVA SEGUROS para ello suscribió la solicitud de seguro de vida – vida protección, en la que se consignó carencia de cualquier tipo de padecimiento o antecedente médico y se suscribió por el actor.

Se adujo por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. como medio defensivo la nulidad de contrato de seguros por reticencia, la que logró enervar las pretensiones de la demanda; acierto que encontró fuerza en los medios probatorios que obran en el plenario.

Y es que, a la luz de la normatividad analizada en esta providencia, se ajusta que la declaración de nulidad relativa, por reticencia en un contrato de seguro como el que se adquirió por el demandante, se exige no solo la divergencia entre el estado médico del asegurado y la declaración que se realizó sobre el mismo, sino que esa disconformidad sea conocida, ya que la jurisprudencia resalto que para la rescisión del convenio de seguro se da paso cuando **“la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento”** (CSJ., sent. de 4 de marzo de 2016, exp. 2008 00034).

De lo anterior advierte el despacho que tomador del seguro conocía de su estado de salud, y específicamente de su diagnóstico de 1. DIABETES MELLITUS

NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN A COMPLICACIÓN. 2. HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) 3. RETINOPATÍA DIABÉTICA (C10-C14 + CON CUADRO DE CARÁCTER COMÚN 3) (CEGUERA LEGAL OJO IZQUIERDO)” patologías que dieron paso a la pérdida de su capacidad laboral. En efecto, en el interrogatorio efectuado al actor en la audiencia de 28 de noviembre de 2021 al cuestionarse al actor sobre los documentos por él suscritos para vincularse al crédito o a la póliza manifestó que había suscrito una cantidad de documentos, algunos 5 o 6 documentos (minuto 9:40 – 9:59 PDF054); uno llena los documentos con todos los requisitos que le piden, que no leyó los mismos, dado que requerían mucha información (minuto 10:15 -10:24 PDF054); que no leyó los documentos, además eso lo hacen en una letra pequeñita, lo que uno hace es firmar, no obstante, por el hecho de tener que leer varios documentos y que tenían letra pequeña, ese tipo de explicaciones no lo exoneraban de la obligación como contratante de cumplir a cabalidad con ello, lo mínimo que debía haber efectuado era leer o preguntar sobre su contenido.

Agrega, que logró sacar copia de algunos documentos y otros le fueron remitidos por correo electrónico (minuto 0:13:09), pero no se detalló en revisarlos, en sus palabras “nunca me tome la molestia de leerlos” (minuto 0:33:48 PDF071).

En lo que concierne a su estado de salud, es claro su conocimiento, pues indicó que respecto de la vista ya traía tratamiento, y el azúcar también, ya la habían tocado, pero era una azúcar controlada; que ya consumía una droga para el azúcar, los dolores de cabeza eran por la tensión, se le subía el azúcar, y aún más contundente confesó que su diagnóstico del azúcar se dio en el año 2016 (minuto 14:47), esto es, antes de la celebración del contrato de seguro, por lo que debía manifestar dicha situación a la aseguradora.

De suerte, que si bien el actor cuenta con una pérdida de capacidad laboral de más del 50% lo que genera que sea un sujeto de especial protección, no es menos cierto que dicha condición no lo exime de su obligación de sinceridad ante la empresa de seguros para evaluar el riesgo o su no cobertura por parte de la aseguradora, como tampoco puede pregonarse o imponer sobre la pasiva que deba consultar al historia clínica de su tomador, como tampoco que se deba probar la mala fe para dar paso a la reticencia.

Puestas de este modo las cosas, es claro que los argumentos expuestos en la censura, no logran revocar la decisión de primera instancia, dado que: **i)** no se desconoció la situación real de salud del actor, ya que es claro para el despacho la pérdida de la capacidad laboral del actor, y que si bien es un sujeto de especial protección constitucional a veces de lo dispuesto por la Corte Constitucional, no lo es menos que a la aseguradora no se le informó sobre el estado real de salud del actor, de lo cual tenía conocimiento el demandante antes de la suscripción del contrato de seguro, lo que resultaba determinante para emprender el convenio celebrado; **ii)** no se dejó de lado el derecho sustancial, el formato de solicitud de la

póliza se cuestionó sobre el estado de salud del actor, sin que el mismo obedezca a un abuso del derecho, sino a la evaluación del riesgo del contrato de seguro; **iii)** la fecha en que se efectúa el dictamen de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez no influye en la negativa de la afectación de la póliza, pues resulta importante la fecha del diagnóstico del padecimiento de 1. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN A COMPLICACIÓN. 2. HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) 3. RETINOPATÍA DIABÉTICA (C10-C14 + CON CUADRO DE CARÁCTER COMÚN 3) (CEGUERA LEGAL OJO IZQUIERDO)” que se indicó por el actor fue en octubre de 2020, posterior a la celebración del contrato; **iv)** no es acertado el argumento de demostrar la mala fe el actor por parte de la pasiva, dado que la misma no es prepuestos para la acción, máxime cuando el legislador refiere la inexactitud de la información se da en modalidad de culpa.

Por lo señalado, se impone confirmar el fallo apelado con fundamento en los argumentos aquí expuestos.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Treinta Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR los numerales TERCERO, CUARTO Y QUINTO de la sentencia 249 249 que el 17 de octubre de 2023 profirió la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia en el proceso de protección al consumidor promovido por Oscar Zambrano Saavedra contra BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y BBVA COLOMBIA S.A.

SEGUNDO. CONDENAR en costas a la parte apelante en la suma de \$2.560.000. Líquidense. Devuélvase la actuación a la dependencia de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

FABF



ANNABELMENDOZA MARTINEZ

La Juez

El presente auto se notifica por estado electrónico N° 141 del 3 de diciembre de 2024.