

REPÚBLICA DE COLOMBIA



RAMA JUDICIAL

JUZGADO CUARENTA Y CUATRO CIVIL DEL CIRCUITO

Ref.: verbal nro. 11001080000820230558901

Bogotá D.C., abril diez (10) de dos mil veinticinco (2025)

Demandante: Wilmar Rolando Pinzón Aparicio

Demandado: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y BBVA Colombia S.A.

Asunto: apelación de sentencia

Procede el despacho a resolver el recurso de apelación interpuesto por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. en contra de la sentencia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, el pasado 26 de febrero de 2024, dentro de la acción de protección al consumidor financiero de la referencia.

1. Antecedentes

El demandante solicitó el reconocimiento y pago de las indemnizaciones previstas en el contrato de Seguro Vida Deudores nro. 010043 celebrado con la sociedad BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., y que ampara el crédito de consumo nro. 7990 otorgado por el Banco BBVA COLOMBIA S.A.

Fundamentó sus pretensiones en el derecho que le asiste para reclamar de la aseguradora la realización del riesgo asegurado derivado de la incapacidad total y permanente que le fue reconocida en dictamen de pérdida de capacidad laboral del pasado 28 de agosto de 2021, luego de haber acreditado ante la demandada la ocurrencia del siniestro en los términos del art. 1077 del C.Co.

Expuso que su reclamación fue objetada por la aseguradora, quien alegó reticencia en la declaración del estado de salud del actor, pese a haber actuado de buena fe, declarando de manera sincera todos los hechos y circunstancias que rodeaban su estado de salud.

2. Actuación procesal

Agotado el trámite procesal el juez de instancia profirió sentencia en la que declaró a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. responsable por incumplir el contrato de seguro de vida deudor, al negar el reconocimiento de la incapacidad total y permanente. Además, declaró probada la excepción de no exceder el valor asegurado máximo y se rechazaron otras excepciones presentadas por BBVA Seguros. También se declaró la inexistencia de responsabilidad contractual del Banco BBVA S.A. y se concedieron parcialmente las pretensiones de la demandante, condenando en costas a la aseguradora.

3. Recurso de apelación

Inconforme con la decisión de instancia, el apoderado del demandado BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. interpuso recurso de apelación, planteando como motivos de desacuerdo, en breve síntesis, los siguientes reparos que fueron oportunamente sustentados:

- i. Indebida valoración probatoria, teniendo en cuenta que en la declaración de asegurabilidad se preguntó explícitamente las enfermedades que no fueron informadas por el demandante.
- ii. No haber valorado en debida forma el interrogatorio de parte absuelto por la representante legal de la aseguradora, desconociendo la conducencia, procedencia y utilidad para demostrar el cumplimiento de los deberes de información de acuerdo con la capacitación de los asesores comerciales en el proceso de colocación y comercialización de las pólizas.
- iii. No tener en cuenta que se acreditó el elemento subjetivo del artículo 1058 del C.Co., ni la relevancia técnica y médica de las enfermedades no declaradas, que, si hubiesen sido conocidos por la aseguradora, no se habría celebrado el contrato o se habría pactado en condiciones más onerosas.

Los argumentos presentados en contra de la decisión de primera instancia resaltan que dentro de las preguntas del formulario se indagó sobre enfermedades de los huesos, enfermedades de oído y/o de los órganos de los sentidos, lo que probaría que el asegurado sí fue consultado sobre las patologías relacionadas con sus antecedentes de salud, amén de que el documento indicaba

de manera clara el deber del posible asegurado a responder sinceramente las preguntas del cuestionario y las consecuencias de no hacerlo de manera sincera.

También se alega que se desconoció el interrogatorio de parte rendido por la representante legal de la compañía de seguros, el cual era útil para probar el cumplimiento de los deberes de información, la capacitación brindada a los asesores para el proceso de comercialización y colocación de las pólizas, y la instrucción de que en ningún caso se firmen documentos en blanco.

Y por último se afirma que se probó el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co, con los medios de prueba que obran dentro del expediente, tales como el interrogatorio de parte de la representante legal de BBVA Seguros de Vida, el dictamen pericial rendido por el doctor Gabriel Duque, los manuales Técnicos para para la suscripción y colocación de los seguros Vida Grupo Deudores y los antecedentes no declarados por el asegurado que de haber sido conocidos por la aseguradora no hubiera amparado la incapacidad total y permanente y cobrado una extra prima del 50% sobre el amparo de vida.

4. Consideraciones

Fuera de discusión que la reticencia o inexactitud de la declaración del tomador acerca de las cuestiones que permiten establecer el estado del riesgo asegurado, vicia el consentimiento y conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro. Así lo establece, el artículo 1058, inciso 1º del Código de Comercio.

Sin embargo, tanto la doctrina constitucional de la Corte Constitucional como la doctrina de la Corte Suprema de Justicia han analizado con suficiencia y profundidad la manera como los jueces deben interpretar el contenido del art. 1058 del C. de Co., pues dado el interés público que cobija la actividad aseguradora; la posición dominante que este tipo de entidades ejercen en el sistema financiero y la existencia misma de contratos de adhesión, es hoy premisa cierta que no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato.

De acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del C. Co., así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: (i) el

elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la preexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro¹.

Pero la interpretación normativa de la disposición va mucho más allá que su simple tenor literal: fenómenos como la constitucionalización del derecho privado y el respeto de la dignidad humana, presente en todas las relaciones de consumo y en la prestación de servicios sometidos al derecho (cfr. art. 1 de la Ley 1480 de 2011²) permiten afirmar, *sin asomo de dudas*, que las discusiones contractuales han trascendido de la clásica concepción de autonomía de la voluntad.

El fenómeno puede entenderse como el proceso en virtud del cual las cláusulas constitucionales proyectan su eficacia jurídica sobre instituciones clásicas del derecho privado y sobre las normas que los definen y desarrollan, incidiendo en la determinación de su alcance. Por ello, hoy en día las autoridades judiciales están obligadas a analizar el fenómeno de la reticencia contractual desde una *perspectiva humana* en la que median, además de intereses económicos y de orden legal, otros tipo de intereses que involucran garantías constitucionales, v.gr., la igualdad y el deber del Estado de sancionar los abusos sobre las personas que se encuentren en debilidad manifiesta (cfr. art. 13 C.P); la garantía de un debido proceso (cfr. art. 29), la buena fe en la etapa pre y contractual, la confianza legítima (cfr. art. 83 C.P); y, en últimas, y no menos importante, el derecho a obtener información veraz e imparcial (cfr. art. 20 y 78 C.P.) sobre una actividad de interés público vigilada por el Estado (cfr. art. 335.P) que constituye un medio necesario para garantizar otras garantías fundamentales.

Así, se ha realizado una extensa línea jurisprudencial sobre el alcance y límites del art. 1058 del C.Co., sostenido consistentemente como un elemento esencial

¹ Sentencia T-025 de 2024, Corte Constitucional, M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera. “La Sala advierte que el artículo 1058 del Código de Comercio no exige demostrar un nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. Además, en la sentencia C-232 del 1997, la Corte Constitucional declaró la exequibilidad de esta norma y señaló que la nulidad tiene lugar “por el solo acaecimiento de la inexactitud o reticencia”. Algunos salvamentos de voto de magistrados de la Corte Constitucional han puesto este hecho de presente y han indicado que su exigencia desconoce la lógica de la nulidad, pues “la nulidad es un vicio originario que afecta la validez del contrato con efectos retroactivos –ex tunc-, y que se configura concomitantemente a la celebración del contrato, con independencia de los hechos o siniestros que ocurran con posterioridad”. Salvamento de voto del magistrado Alejandro Linares a la sentencia T-442 de 2018. Sin embargo, desde el año 2017 la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han considerado de forma consistente que “al alegar la configuración de reticencia del asegurado derivada de una presunta preexistencia, la carga de la prueba recae en la aseguradora, que debe probar de manera clara y precisa un nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la condición médica que genera el siniestro”. Corte Constitucional, sentencia T-442 de 2018 y Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. En el mismo sentido, ver Corte Constitucional, sentencias T-240 de 2016, T-282 de 2016, T-658 de 2017 y T-094 de 2019.

² La Ley 1480 de 2011 establece dentro de sus objetivos “proteger, promover y garantizar la efectividad y el libre ejercicio de los derechos de los consumidores, así como amparar el respeto a su dignidad y a sus intereses (...)”.

del contrato de seguro el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial, ante la existencia de un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual e *implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas que permitan la definición adecuada del contrato de seguro.*

Se concluye de lo expuesto que, aun cuando es cierto que si el tomador (o asegurado) no informa sobre la situación actual del riesgo puede configurarse la reticencia alegada, esta figura requiere de ciertas precisiones establecidas por, vía jurisprudencial, tanto del máximo tribunal de la jurisdicción ordinaria³, como de la jurisdicción constitucional⁴:

- (i) El art. 1058 del C.Co. incorpora la obligación del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo, aplicación práctica del principio de la buena fe exenta de culpa aplicable en materia mercantil⁵;
- (ii) La buena fe es entendida como un postulado de doble vía, por un lado, implica la legítima creencia de la corrección del par negocial; por otro el deber de comportarse con lealtad, honestidad y probidad desde la formación del contrato hasta su ejecución⁶;
- (iii) La declaración sincera del estado del riesgo busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en línea de principio, es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado⁷;
- (iv) La manifestación reticente o inexacta del tomador conduce a la nulidad relativa del contrato de seguro, siempre que la información omitida sea trascendente, es decir, que de ser conocida por la aseguradora conduciría a la abstención de celebrar el contrato o ajustarlo en condiciones más onerosas para el tomador;
- (v) La carga de la prueba de acreditar la reticencia, o inexactitud, y la trascendencia recae en cabeza de la aseguradora;

³ Sentencia SC167-2023, Radicación nro. 760013103017 2019 00025 01, Corte Suprema de Justicia, M.P. Martha Patricia Guzmán, Reiterada en STC2868-2024, Corte Suprema de Justicia, MP. Octavio Tejeiro Duque.

⁴ Sentencia T-025 de 2024, Corte Constitucional, M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera.

⁵ SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 27 de febrero de 2012, Exp. 11001 3103 002 2003 14027 01

⁶ SC de 26 de abril de 2007, Exp. 11001-31-03-022-1997-04528-01

⁷ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473.

- (vi) De mediar cuestionario, la mendacidad, disimulo o falsedad del declarante hará prueba tanto de la reticencia como de la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento⁸;
- (vii) Si la declaración no está precedida de cuestionario, la anulación del vínculo estará sujeta a que el tomador haya encubierto *con culpa* circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo;
- (viii) Si el asegurador se abstiene de recoger la declaración de asegurabilidad, de inspeccionar el estado del riesgo, se entiende que asume el riesgo cuya cobertura se le encomendó⁹;
- (ix) Si la inexactitud o reticencia provienen de error inculpable del tomador, no se impondrá la nulidad, pero se reducirá la prestación hasta el porcentaje que represente la prima estipulada respecto de la que debió pactarse de conocerse el estado del riesgo;
- (x) Las sanciones, entre ellas la nulidad relativa, no se impondrán, si el asegurador antes de celebrar el contrato ha conocido o debido conocer los hechos sobre los cuales versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado, se allana a subsanarlos o los acepta expresamente¹⁰.

La última regla enunciada es conocida como conocimiento presunto o presuntivo del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad. Su materialización, de acuerdo con la jurisprudencia, parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no puede conformarse con la declaración de asegurabilidad del tomador cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si *en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cuál es el verdadero estado del riesgo*.

Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia, debe acreditarse que: (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con *elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad*; y, (iii) omite adelantarlas.

⁸ SC de 30 de noviembre de 2000, Exp. 5473; SC de 1 de septiembre de 2010, Exp. 05001 3103 001 2003 00400 01.

⁹ SC de 19 de mayo de 1999, G.J. t. CCLVIII, pág. 185; SC de 9 de diciembre de 2004, Exp. 1994-14978-02

¹⁰ SC de 18 de octubre de 1995, Exp. 4640; SC de 2 de agosto de 2001, Exp. 6146; SC de 1 de abril de 2002, Exp. 6825; SC de 26 de abril de 2007, Exp. 1997-04528-01, SC2803 de 4 de marzo de 2016, Exp. 005001 31 03 003 2008 00034 01

En breve síntesis, “pese a que un tomador [o asegurado] sea reticente, o si se quiere hablar con un lenguaje más asertivo, si mintió a sabiendas u ocultó información que no podía ocultar, pero el asegurador fue pasivo, omisivo o negligente (pudiendo informarse se abstuvo de hacerlo), no podrá luego censurar a su contratante para reclamar la invalidez del negocio asegurativo¹¹.

Las anteriores subreglas de derecho reflejan la actual jurisprudencia en vigor de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, que es el tribunal de cierre de la jurisdicción ordinaria, juez natural de las controversias suscitadas en torno al contrato de seguro.

4.1. Caso concreto

Para ir despejando el litigio el despacho comienza por precisar que ninguna objeción se presentó sobre la existencia misma del contrato o sobre las coberturas de incapacidad que cobija. Por ello el análisis se circunscribirá a determinar si se configura la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia alegada por la aseguradora.

Los riesgos amparados, entre ellos el de incapacidad total y permanente, contaban con vigencia desde el 29 de octubre de 2019, siendo un hecho probado que el 28 de agosto de 2021, a través de Acta de Junta Médico Laboral nro. 120426, al demandante se le determinó una pérdida de capacidad laboral de 59.61 %, como consecuencia de presentar antecedentes, lesiones, afecciones y secuelas en más de 13 patologías distintas, relacionadas en las conclusiones del acta y que se presentan en la siguiente imagen:

¹¹ Sentencia de la Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá, diciembre 10 de 2021, exp. 11001310301520180027801, M.P. Álvarez Gómez, Marco Antonio.

- 1) GASTROPATIA HIPEREMICA ANTRAL VALORADA Y TRATADA EN SALA DE JUNTAS MEDICAS CON REPORTE DE EVDA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. 2) ESOFAGITIS PEPTICA VALORADO EN SALA DE JUNTAS MEDICAS CON REPORTE DE EVDA ACTUALMENTE SINTOMATICO Y EN MANEJO MEDICO. 3) CERVICALGIA CRONICA VALORADA Y TRATADA POR ORTOPEDIA CON REPORTE DISMINUCION EN EL ESPACIO INTERVERTEBRAL. HERNIA DISCAL EN C6-C7, ACTUALMENTE SINTOMATICO SEGUN VALORACION Y CONCEPTO. 4) HERNIA DISCAL EN L5-S1 VALORADA Y TRATADA POR ORTOPEDIA EL CUAL DEJA COMO SECUELA. A) LUMBALGIA MECANICA CRONICA. 5) INFERTILIDAD SECUNDARIA VALORADA Y TRATADA POR UROLOGIA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. 6) CEFALEA CRONICA VALORADA Y TRATADA POR NEUROLOGIA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. 7) EXPOSICIÓN CRÓNICA AL RUIDO VALORADA Y TRATADA POR OTORRINO CON REPORTE DE ATS Y PEA. LOS CUALES DESCRIBEN RANGOS AUDITIVOS EVALUADOS EN 30 DB OIDO DERECHO, Y 35 DB OIDO IZQUIERDO, DEJANDO COMO SECUELA. A) HNS OIDO DERECHO DE 30 DB. B) HNS OIDO IZQUIERDO DE 35 DB. C) TINNITUS BILATERAL. 8) LEHISMANISIS CUTÁNEA VALORADA EN SALA DE JUNTAS MEDICAS CON REPORTE DE SIVIGILA E HISTORIA CLINICA, DEJANDO COMO SECUELA. A) CICATRIZ EN ECONOMÍA CORPORAL TOTAL CON LEVE DEFECTO ESTÉTICO Y SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL. 9) ATROSIS DE RODILLAS BILATERAL VALORADA Y TRATADA POR ORTOPEDIA EL CUAL DEJA COMON SECUELA. A) GONALGIA BILATERAL. 10) ARTROSIS DE TOBILLOS VALORADA Y TRATADA POR ORTOPEDIA EL CUAL DEJA COMO SECUELA. A) DOLOR RESIDAL TOBILLOS BILATERAL. 11) POSQUIRURGICO POR COLESISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Y HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VALORADA Y TRATADA POR CIRUGIA GENERAL ACTUALENTESUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. 12) ASTIGMATISMO AMBOS OJOS, ASOCIADO A PRESBICIA Y SOSPECHA DE GLAUCOMA VALORADO Y TRATADO POR OPTOMETRIA CON REPORTE DE AV OD 20/30 Y OI 20/40 CON REPORTE DE RX FINAL 20/20 AMBOS OJOS. ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. 13) PTERIGIO OI VALORADO Y TRATADO POR OPTOMETRIA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO. ESTABLE. FIN DE LA TRANSCRIPCIÓN.

Los diagnósticos de algunas de estas patologías fueron establecidos con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza (cfr. archivo 001, folio 53). Basta con advertir, a partir de la historia clínica, que el demandante, desde el 5 de febrero de 2019 presentaba antecedentes de hipoacusia neurosensorial bilateral. Para el 04 de septiembre de 2019, se registra diagnóstico de tiña inguinal y poliartrosis no especificada, y para el 9 de marzo de 2020, poliartropia inflamatoria (cfr. archivo 045, folios 131, 108 y 89).

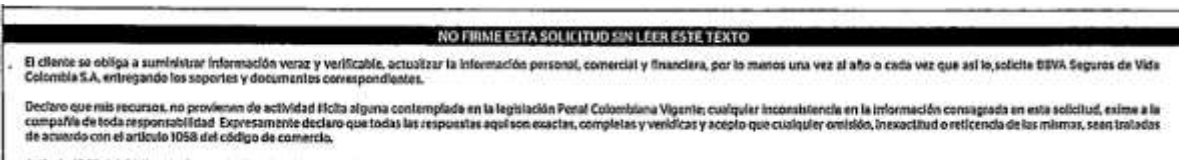
Igualmente, del acta de junta médica elaborada por la junta laboral militar se desprende que, para el 26 de agosto de 2021, el asegurado presentaba antecedentes de una caída de 5 años de evolución representados en cervicalgia crónica, hernia discal en L5-S1, C6-C7, lumbalgia y cefalea crónica, entre otras enfermedades (cfr. archivo 045, folio 144 y s.s.).

Ahora bien, el primero de los reparos concretos está relacionado con la valoración deficiente del documento de asegurabilidad.

Cierto es que dentro de las preguntas de la declaración de asegurabilidad se indaga sobre enfermedades, patologías, incapacidades físicas o mentales que para la época padecía el demandante: enfermedades de los huesos, músculos o columna, enfermedades del oído, de los órganos de los sentidos, intervenciones quirúrgicas, tratamientos por drogadicción o alcohol, entre otras (cfr. folio 66 archivo digital 045). Estas preguntas pretenden establecer el estado del riesgo en salud del asegurado; son absolutamente claras y están presentadas en un

lenguaje sencillo y de fácil comprensión, de manera que no es cierto que para responderlas deba tenerse un conocimiento científico previo.

También es cierto que el contenido de la declaración de asegurabilidad expresamente advierte el deber de suministrar información veraz y verificable, lo que lo conmina a responder sinceramente las preguntas del cuestionario, con las consecuencias legales de no hacerlo.



En honor a la verdad, la aseguradora tiene a su favor la prueba documental de la declaración de asegurabilidad y el dictamen pericial allegado, que, *prima facie*, permite advertir, *desde un punto de vista objetivo*, la mendacidad, disimulo o falsedad del declarante, por una parte, así como la trascendencia de la información omitida para el aseguramiento.

El despacho incluso admite y valora como cierto el dictamen pericial allegado por la demandada, y que concluye que varias de las enfermedades que padece el actor, entre estas, artritis, hernia discal, discopatía, cervicalgia crónica y la hipoacusia neurosensorial, son patologías que de haber sido conocidas por la aseguradora la hubieran retraído a amparar el riesgo de incapacidad total y permanente o incluso inducido a estipular condiciones más onerosas frente al amparo de vida. La trascendencia de la información omitida para el acto de aseguramiento es una circunstancia relevante que por demás está debidamente comprobada.

Sin embargo, estos argumentos no son suficiente para enervar la responsabilidad de la aseguradora. Poco peso tienen si en cuenta se tiene que esas inexactitudes o reticencias provienen de errores inculpables del asegurado, ante la falta de cumplimiento de los estándares legales de debida diligencia en el suministro de información, predicable de la aseguradora incluso desde la etapa precontractual, sumado a la ausencia de prueba que acredite la mala fe del asegurado.

Liminarmente adviértase que las aseguradoras deben suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que estos conozcan adecuadamente sus derechos y obligaciones (cfr. art. 3 Ley 1328 de 2009).

Nótese ahora que con la demanda el actor aportó la declaración de asegurabilidad firmada y sin diligenciar (cfr. archivo digital 04 fl 44), documento firmado en blanco que según las reglas de los art. 244 y 261 del CGP se presume auténtico y cierto, amén de que no fue tachado de falso por la demandada. Pero la demandada también aportó un documento de asegurabilidad, distinto del aportado por el actor, también firmado pero diligenciado en lo que respecta a los riesgos declarados (cfr. archivo digital 45 folio 66). Este último documento, no sobra decirlo, también se presume auténtico (cfr. art. 244 CGP), amén de que no fue tachado de falso.

¿Qué mérito probatorio se les atribuye a estos dos documentos? Para el despacho la respuesta es que ambos son ciertos y auténticos.

En los interrogatorios de parte que la apoderada judicial del Banco le practicó a la representante de la aseguradora se dejó entrever la existencia de los dos documentos. El *A quo* por su parte nada dijo al respecto, pero lo cierto es que, a modo de ver del despacho, la duplicidad de documento se explica por el correo electrónico que el pasado 18 de septiembre de 2019 le fue remitido al demandante por parte de la asesora del Banco BBVA. Allí se le precisa que debe imprimir **“dos (02) copias del seguro de vida deudores”**.

De: Lisa Suarez <lisa1585s@gmail.com>
Enviado: Wednesday, September 18, 2019 10:42:19 AM
Para: wilmarr6973@outlook.com <wilmarr6973@outlook.com>
Asunto: Fwd: formatos libranzas BBVA

Don wilmar muy Buenos dias te adjunto los documentos que se deben imprimir

anexo 4 3 copias
formato vinculacion dos copias
pagare 2 copias
carta autorizacion desembolso 2 copias
constancia solicitud 1 copia
carta fidelizacion 2 copias
colilla actualizada 2 copias
seguro vida deudores 2 copias
copias de su cc ampliada al 150 una a color y una a blanco y negro con firma y huella
desprendible de agosto con firma y huella

Despues de que realices la compra en el éxito solicitas la clave para descargar tus certificados por la pagina del éxito y de esta manera solicitamos el certificado de deuda de lo que adeudas a la fecha para realizar la compra de cartera y acogernos a la tasa especial.

Cordial Saludo

El demandante explicó además, en su declaración al despacho, que se encontraba en la ciudad de Bucaramanga, mientras su asesora en la ciudad de Bogotá, motivo por el cual los documentos de crédito, y entre ellos la declaración de asegurabilidad, le fueron remitidos por correo electrónico (cfr. archivo 001, folio 42), afirmación corroborada por el representante legal del Banco BBVA (cfr. archivo digital 258 minuto 21), quien manifestó al despacho que *“por la distancia y lugares donde se encontraba el cliente y la aseguradora, la forma en que se ofreció el producto fue a través de canales virtuales, correo electrónico corporativo y mensajería física”*, tal cual como se manifestó en los hechos de la demanda.

Incluso el representante legal del banco informó que en los eventos en que el crédito se hace a través de un “medio virtual”, es deber de la asesora “suministrar la información a través de llamadas, pidiendo leer muy bien el formulario de asegurabilidad y contestar las preguntas de acuerdo con su real y verdadero estado de salud ...”.

Pinzón Aparicio también afirmó que las indicaciones que le fueron suministradas, vía telefónica, por la asesora Elizabeth Suarez Samudio, se limitaron a que los documentos fueran impresos, firmados y devueltos por correo físico: *“Fírmelos que yo aquí hago lo que falta”*, para luego aclarar, al ser contrainterrogado por el juez, que no hubo indicación expresa para no diligenciarlos, y que simplemente se *“le dijo fírmelos”*, circunstancia que

encuentra eco en el precitado mensaje de datos de 18 de septiembre de 2019, y cuyas instrucciones están francamente limitadas a la impresión de sendos documentos, la imposición de firma y huella en la copia del documento de identidad y en el correspondiente desprendible de pago del mes de agosto, así como algunas precisiones en punto a la compra de cartera y ofrecimiento de tasas de interés. En lo relevante, allí se le precisa que imprima **“dos (02) copias del seguro de vida deudores”**

También se acusa el fallo de primera instancia por no valorar adecuadamente interrogatorio de parte absuelto por la representante legal de la aseguradora, desconociendo la conducencia, procedencia y utilidad para demostrar el cumplimiento de los deberes de información. Sobre este aspecto, téngase en cuenta que gran parte del interrogatorio rendido versó sobre situaciones hipotéticas, estándares de conducta que, en términos generales, la aseguradora asume frente a sus asegurados y exposición sobre las políticas institucionales que esta brinda a sus asesores para garantizar el suministro de información suficiente a sus clientes.

La representante legal no expuso circunstancias de tiempo, modo y lugar relacionadas con el ofrecimiento del seguro y, en lo relevante, se limitó a explicar el contenido y alcance de la declaración de asegurabilidad. Adviértase además que, tal como lo sostuvo en el interrogatorio, dentro de las políticas de la compañía aseguradora y, salvo casos excepcionales, *“la declaración de asegurabilidad debe ser diligenciada por el cliente”*. Sin embargo, al ser cuestionada por el juez sobre qué ocurre en los eventos en los que la declaración de asegurabilidad solo está firmada, reconoció que *“podría seguirse con el proceso de contratación”*, en tanto se *“entendería que no se tiene ninguna enfermedad”* (cfr. archivo digital 258 minuto 40:53).

La respuesta llama la atención del despacho, pues con base en ella la hipótesis más probable de ocurrencia de los hechos es que el actor firmó en dos copias la declaración de asegurabilidad y devolvió los documentos formados sin haberlos diligenciado. Fue la aseguradora entonces quien procedió de conformidad, asumiendo la inexistencia de enfermedades.

Reitérese que la representante señaló que, acorde con sus políticas, en eventos como el descrito lo que se hace es “seguir con la contratación”, “asumiendo que

no había enfermedades preexistentes” y que incluso el perito que declaró en audiencia advirtió que, dentro de las políticas de la compañía aseguradora, la no marcación en la declaración de asegurabilidad es considerada como un riesgo estándar (cfr. minuto 32 archivo digital 259).

En ese orden de ideas, si la declaración de asegurabilidad solo ofrecía dos opciones, a través de un grupo de preguntas dicotómicas que buscan obtener respuestas claras y directas, en forma de "sí" o "no", resulta contrario a los estándares de diligencia, prudencia, probidad y buena fe, asumir que el asegurado no tenía ninguna enfermedad.

Memórese además que en su declaración al despacho el actor fue enfático en que nunca fue indagado sobre su estado de salud y que tampoco le explicaron acerca del contenido de la declaración, pues en ningún momento la asesora le consultó si había sufrido o sufría alguna enfermedad (cfr. archivo 243, minuto 5:53 a minuto 13:46), amén de que entre las partes existía un nivel de confianza previa, dado la celebración de contratos de mutuo anteriores.

Incluso, cuando se le pone de presente la declaración de asegurabilidad reconoció que la firma impuesta en el documento es suya, pero que la demás información no corresponde con su letra (cfr. archivo 243, minuto 15:07).

Sumado a lo anterior, el cumplimiento de los deberes de información no pudo ser corroborado debido a que los testigos decretados de oficio, y a petición de parte, es decir, los solicitados por la aseguradora, no comparecieron a rendir su testimonio, amén de que el solo documento de asegurabilidad, visto de forma aislada, constituye prueba insuficiente del cumplimiento de las obligaciones legales de información que la Constitución y la ley le imponen.

Para el despacho es claro que en el contexto en que fue contratado el seguro se presentaron circunstancias que invitaban a la aseguradora a pensar que existían discrepancias entre la información del tomador /asegurado y la realidad fáctica, v.gr., bien pudo haberlo requerido para que precisara la información y respondiera asertivamente, lo que en últimas le hubiera permitido advertir cuál era el verdadero estado del riesgo.

Debe tenerse de presente que si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos subjetivos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro, pues en aplicación del principio *pro consumatore* su responsabilidad estará determinada, en parte, por el grado de información que brinde a sus clientes y la relación que esto tenga con los derechos en controversia¹².

Se considera entonces que la decisión de primera instancia está ajustada a derecho, teniendo en cuenta que se probó por parte del asegurado la realización del riesgo (cfr. art. 1072 del C.Co.), así como la cuantía de la pérdida (cfr. art. 1077 del C.Co.) y, en consecuencia, existe responsabilidad a cargo de la aseguradora, sin que pueda predicar, en este caso, la nulidad por reticencia o inexactitud (cfr. art. 1058 C.Co.)

Esta es la decisión más justa (cfr. art. 58.9 Ley 1480/2011), la que reconoce que la aseguradora, profesional del ramo, incumplió su deber de información y por ende debe asumir las consecuencias que su culpa, negligencia o torpeza le generan.

Sin mayores consideraciones ulteriores el Juzgado Cuarenta y cuatro Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

Primero: confirmar en su integralidad la sentencia proferida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, el pasado 26 de febrero de 2024, dentro de la acción de protección al consumidor financiero de la referencia.

Segundo: condenar en costas a la parte apelante en segunda instancia. Fíjense las agencias en derecho en tres (03) salarios mínimos mensuales legales vigentes, acorde con lo previsto en el Acuerdo PSAA16 10554 de 2016.

¹² Al respecto, puede consultarse el módulo de Derecho Financiero y Bursátil, Consejo Superior de la Judicatura, Escuela Judicial Rodrigo Lara Bonilla, 2019, pág. 124

Tercero: devolver el proceso a la autoridad de origen, una vez en firme este fallo.
Secretaría, proceda de conformidad.

Cumplido lo anterior, archívese el proceso, dejando las constancias de rigor.

Notifíquese y cúmplase

El juez,

MAURICIO DE LOS REYES CABEZA CABEZA

Firmado Por:

Mauricio De Los Reyes Cabeza Cabeza

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 044

Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la
Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **819e400475c686783699e57f1a6895227e73890399b210a12217b87f4be8bbf1**

Documento generado en 10/04/2025 12:39:18 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>