***Notas preparación audiencia artículo 372 CGP***

**DATOS GENERALES DEL PROCESO**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Despacho*** | Delegatura – Superintendencia financiera de Colombia.  |
| ***Radicado*** | 2024040853-046-00 |
| ***Asunto*** | Defensa del consumidor financiero. |
| ***Demandante*** | Wadyd Ardila Cobo  |
| ***Demandado*** | BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. |
| ***Fecha*** | 15/08/2025 |
| ***Hora*** | 2:00 pm |
| ***Case track*** | 22316 |

**DEMANDA**

* **HECHOS**

Aduce el demandante que en el año 2017 obtuvo un crédito hipotecario por intermedio de BBVA de Colombia S.A., y mediante oficio del 19 de abril de 2018 se le dio a conocer que el crédito había sido aprobado con número de scoring 0013-0620-9600180208 por valor de $71.000.000 (setenta y un millón de pesos), con un plazo de 240 meses.

El 7 de junio de 2017 se le concedió al demandante el retiro de la Armada Nacional mediante la Resolución No. 0540 de fecha del 14 de junio de 2017. Una vez notificado, procedió a realizarse los exámenes médicos de rigor, de acuerdo a los procedimientos establecido, por medio de medicina laboral.

El 14 de noviembre de 2018 le hicieron entrega de la vivienda. El desembolso del dinero correspondiente al crédito otorgado por parte de BBVA COLOMBIA S.A., se realizó a finales del mes de mayo de 2019, antes de realizar el desembolso, el día 15 de mayo recibió un mensaje de voz donde se le indicó que se acercara a las oficinas de BBVA COLOMBA S.A., con el fin de firmar los documentos donde autorizaba el desembolso del dinero a la constructora y así mismo los seguros de vida correspondientes al crédito.

Mediante acta No. 066 del 2 de marzo de 2023, la junta médico laboral de la dirección de sanidad de la armada nacional, concluyó que el demandante tiene una PCL del 59.69%. Por ello solicitó la condonación de la deuda, mediante oficio de fecha 25 de abril de 2023, BBVA Colombia S.A., dio respuesta negativa a dicha solicitud, indicando que de acuerdo con la historia clínica con fecha 12 de diciembre de 2018, padecía hipertensión arterial en tratamiento, circunstancia esta que constituye un hecho relevante no declaro y que motivan la objeción del pago por reticencia en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

El 8 de mayo de 2023, solicitó reconsideración, argumentando que para el momento de suscripción del seguro se encontraba bien de salud, a lo cual el 9 de mayo le dieron respuesta bajo el mismo concepto de no pago por reticencia.

**DEFENSA DE LA COMPAÑÍA**

La contingencia en este caso está calificada como **EVENTUAL** teniendo en consideración lo siguiente.

Dependerá del debate probatorio determinar si se cumplen los presupuestos para que prospere la nulidad relativa del contrato de seguro. Lo primero que debe tomarse en cuenta, es que la Póliza No. 02-105-0000078626 que amparó la obligación 0013-0620-00-960-0185439 presta cobertura material y temporal para los hechos materia de litigio.

Frente a la cobertura temporal debe señalarse que, el siniestro ocurrió el 2 de marzo de 2023, fecha de emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral en el que se dictaminó la PCL del mandante, es decir, esto ocurrió dentro de la vigencia de la póliza, que se pactó entre el 29 de mayo de 2019 y hasta el 10 de julio de 2023.

Frente a la cobertura material, la póliza en mención presta cobertura material, en tanto que tenía pactado el amparo de incapacidad total y permanente del asegurado, pretensión que hoy se endilga a la aseguradora.

Ahora bien, frente a la obligación de pago de la compañía debe señalarse que, si bien Wadyd Ardila Cobo fue reticente en virtud de que no declaró con veracidad el estado real del riesgo al momento de la suscripción de la póliza seguro de vida, pues conforme a los anexos, se evidencia que padecía de hipertensión arterial desde el 12 de diciembre de 2018, esto es, de manera previa a su aseguramiento. Sin embargo, dependerá del debate probatorio acreditar que dicha patología la padecía de manera previa a la suscripción del contrato de seguro y que, de haber conocido la existencia de dicha enfermedad, el contrato de seguro no se habría celebrado o se habría contratado en condiciones más onerosas. Así las cosas, dependerá del debate probatorio acreditar la existencia de la patología de forma previa a la suscripción del contrato de seguro y la relevancia de esta patología de cara a la celebración de dicho contrato.

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**Excepciones propuestas:**

1. Nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado
2. Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual
3. la acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro
4. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., tiene la facultad de retener la prima a titulo de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia de los contratos de seguro.
5. Genérica o innominada y otras.

**Excepciones subsidiarias:**

1. En cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder al máximo del valor asegurado
2. En cualquier caso, la obligación de la compañía no puede exceder el saldo insoluto de las obligaciones.

**Pruebas aportadas y solicitadas**

**Documentales:**

1. Certificado individual de la póliza
2. Certificado de la póliza
3. Condicionado general de la póliza
4. Derecho de petición enviado a Dirección de Sanidad Naval a fin de obtener la historia clínica del señor Wadyd Ardila Cobo.

**Interrogatorio de parte:**

* Al demandante Wadyd Ardila Cobo
* Al representante legal del Banco BBVA.

**Testimoniales:**

* Katherine Cardenas
* Alexandra Quecano
* María Camila Agudelo Ortiz

**Exhibición de documentos:**

* Al accionante Wadyd Ardila Cobo para que exhiba su historia clínica entre el año 2000 al 2019.
* A la dirección de sanidad naval
* A la dirección general de sanidad militar.

**Oficios:**

* A la dirección de sanidad naval
* A la dirección general de sanidad militar.

**Prueba pericial:**

Se solicito dictamen pericial.

**DESARROLLO DE LA AUDIENCIA**

* **Etapa de conciliación:** etapa fracasada.
* **Interrogatorio de parte:**

**Demandante:**

* Está pensionado desde el año 2017
* Comenzó el proceso con la constructora Bolívar, inicialmente el préstamo iba a ser con Davivienda.
* Tenía cuenta de nomina con BBVA, y le ofrecían créditos con mejor taza de interés.
* En el 2017 le hicieron una preaprobación, y después una aprobación que tuvo que renovarse, porque la constructora no le había entrega el inmueble.
* Dice que la persona del banco le entregó documento por documento, y él solamente fue firmando y poner la huella
* Después le hicieron una serie de preguntas que el fue contestando.
* Dice que se acercó directamente a la sucursal, que lo hicieron ir hasta allá para firmar la documentación.
* Dice que hasta el momento de ahora no tiene claridad respecto de qué fue lo que firme
* Dice que le hicieron una serie de preguntas y que él fue respondiendo.
* Le preguntaron entre otras cosas: personas a cargo, cuanto eran sus gastos, recuerda que le preguntaron que, si había tenido alguna cirugía y dijo que si, que había tenido cirugías. Recuerda que le preguntaron que, si sufría algo y el recuerda claramente haber dicho que no, no sufría de nada. También le preguntaron la dirección, correo electrónico.
* Le muestran el formato de declaración de asegurabilidad al asegurado y dice que no es su letra.
* Pero reconoce que la firma si es suya.
* Dice que tiene sus dudas respecto de la firma de abajo.
* Dice que no le dijo el peso y la medida a la funcionaria del banco. Dice que en este momento desconoce su estatura.
* Reconoce que el peso si es acertado (quizás un poquito más).
* Dice que no puede asegurar recordar haber firmado el documento, porque firmó muchos documentos. No revisó documento a documento que era lo que estaba firmando
* “creo que lo firmé yo” “yo sé que firmé muchos documentos”.
* Dice que no sufría de hipertensión arterial, que no estaba medicado como tal en ese momento.
* En diciembre de 2018 tuvo un cuadro, donde fue se presentó porque tenía dos días con dolor de cabeza. Dice que salió de allá sin ninguna medicación. Reafirma que no estaba medica por hipertensión arterial
* Dice que lo medicaron entre diciembre de 2019 y enero de 2020.
* Empezó a tomar virozartan de 50 mg.
* Dice que no lo llamaron para hacer exámenes médicos en ningún momento
* Empezó a hacerse los exámenes post retiro en el 2020.
* Dice que la pandemia agravó su situación. Se multiplicaron y amplificaron cosas que él no conocía. Ahora pesa 170 kilos. Tiene problemas de tiroides. Tiene problemas en la piel. Dice que no había ninguna especial de su salud, que gozó de su casa.
* Lo valoró junta labora de la armada nacional. Primero se hizo una colección de exámenes y estudios. Y los resultados todos esos resultados los mandaron a Cartagena, todos los conceptos que se generaron de los estudios. Lo citaron a Cartagena para hacerle la junta médica con esos conceptos.
* La decisión final de la junta fue de darle una incapacidad del 59.06% cree que es, no lo recuerda ahora, eso fue lo que dictaminó la junta.
* Duró como tres días con dolor de cabeza. Fue a urgencias porque tenía esa situación, y ahí fue cuando se detectó que tenía la presión arterial alta.
* La mamá (era enfermera) le tomó la presión y ella fue la que le recomendó ir al médico.
* No le dijeron mucho. Que debía guardar reposo y que tomara acetaminofén.
* Dice que en esa oportunidad no le determinaron que si sufría de la presión. Él solicitó que le recetaran medicación para la hipertensión y el médico no quiso por no haber
* Solo empezó a tomar lozartan a finales de 2019.
* No recuerda si al momento de gestionar el crédito le preguntaron la razón por la cual estaba pensionado.
* Cuando inició el proceso del crédito aún no estaba pensionado.
* Dice que en el formulario de declaración de asegurabilidad solo reconoce su firma.
* Si le afirmó a la asesora respecto de la hernia inguinal.
* Dice que la pregunta sobre su estado de salud fue más como una afirmación.
* Insiste en que no recuerda darle a la asesora su estatura.
* Dice que la dirección tampoco es correcta.
* Dice que la dirección no es de barranquilla sino de Soledad, atlántico.
* Dice que la cédula esta mal.
* Dice que no le preguntaron si tenía la tensión alta.
* Dice que él no sabía que un préstamo se podía perder por la condición de salud. Creía que él por ser pensionado era el cliente perfecto para un préstamo.
* Dice que tenía un crédito de libre inversión que fue absorbido por un crédito de libranza con el banco popular.
* Con BBVA a la fecha solamente tiene el crédito hipotecario.
* Dice que la asesora del banco le explicó que el banco BBVA hacía abono a capital inmediatamente de la cuota que se pagaba.
* La diabetes, tiroides, y problema de la piel fueron los que llevaron al dictamen de pérdida de capacidad laboral.

**Representante legal de la aseguradora:**

* La relación de la aseguradora con el banco es una relación que surge de una licitación privada.
* Explica que el objeto de la póliza es el que beneficiario oneroso (el banco), reciba el pago del saldo insoluto de la deuda, en caso de que el asegurado/tomador padezca de alguno de los siniestros (muerte/incapacidad permanente), y deje de pagar.
* Explica el procedimiento estándar para la adjudicación de las pólizas: el asesor del banco debe explicar al deudor que debe tomar la póliza grupo deudores, y debe explicarle que es lo que ampara y si hay exclusiones. Si hay garantías especiales debe explicar.
* En una pagina se preguntan los datos generales, y después se preguntan cosas sobre el estado de salud que son relevantes para saber si la aseguradora va a otorgar los dos amparos y se otorgan con el precio normal, o si por la condición de salud del asegurador se otorga una extra prima.
* Normalmente se le dice a los asesores que se ponga de presente la declaración de asegurabilidad al prospecto de asegurador, quien lo puede llenar de puño y letra, o que sea diligenciado por el asesor/a. En este caso sería el segundo caso, es decir, que lo diligenció el asesor.
* De acuerdo con las políticas de colocación de pólizas el asesor debía enviar el documento a la aseguradora pues ya no tenía autoridad para incluir al prospecto de asegurado dentro de la póliza, ante un solo si en el cuestionario frente a las condiciones de salud.
* Si el formulario es remitido a la aseguradora, esta evalúa a que se preguntas se dijo “si” y en ese caso la aseguradora puede determinar el mandar a hacer exámenes médicos, o de una vez decir “esta enfermedad da para rechazar el amparo de incapacidad total y permanente y extra primar”.
* Cuando alguien dice si a alguna de las preguntas el asesor pierde la competencia para ingresar al cliente al seguro grupo vida deudor.
* La hernia inguinal no hubiera sido relevante a la hora de aceptar o rechazar el amparo de incapacidad total y permanente. Si por una hipertensión o una diabetes.
* Por la hernia no se hubiera extraprimado el amparo de vida, y tampoco se hubiera rechazado.
* Para el momento de la PCL la póliza prestaba cobertura temporal.
* Existen varios mecanismos para que el asesor haga la remisión de la declaración de asegurabilidad una vez el cliente contesta que si a alguna de las preguntas que figuran en el cuestionario.
* El área de suscripción es la encarga de determinar si se otorga o no se otorga el amparo, o si se aplica la extra prima. Siempre hay un medico suscriptor, que es quien al final tiene la última palabra, y es quien indica si o no recomienda asegurar a la persona, o bajo que parámetros.
* Es el área de suscripción la que toma la decisión final de otorgar o no el amparo, o de aplicar o no una extra-prima.
* Una vez expedido el seguro la aseguradora no podría revocar el seguro. Eso solo lo podría hacer el banco.
* Una vez se otorga el seguro, se expide un certificado individual para cada deudor y para cada obligación. Se fija la prima del seguro.
* No recuerda haber visto el soporte de remisión de la aseguradora al banco, pero si el certificado individual
* Es una póliza en la que entran personas o salen personas todo el tiempo.
* Es el banco quien se entera de quienes están en el grupo asegurable y quienes no.
* Cuando una de las preguntas ha sido respondida con el si debería quedar algún registro, pero en este caso no lo conoce/no lo ha visto.

**PROPUESTAS CONCILIATORIA:** $35.000.000 de la aseguradora al banco, y los restantes de $25.000.000 se los pagaría el demandante al banco.

**Representante legal del banco:**

* La relación comercial es de un contrato de seguro modalidad segura de deudores, donde el banco figura como tomador y beneficiario. Los deudores se vinculan a la póliza si así lo desean, y la aseguradora asume el riesgo, si así lo desea.
* El procedimiento es el del trámite de cualquier crédito.
* Se diligencia declaración de asegurabilidad que esta a su disposición para que pueda revisarla antes de que la firme.
* La declaración de asegurabilidad es un documento sencillo donde se colocan los datos de identificación del cliente, datos personales como la altura y el peso, y luego el cuestionario hecho por la aseguradora para que el deudor manifieste condiciones sobre su estado de salud. Y el deudor firma en dos ocasiones.
* Si el deudor da una respuesta afirmativa, se suspende el trámite del crédito. Si se contesta que si y no son temas menores, se suspende el trámite del crédito y se envía a consulta a la aseguradora, una vez agotado el trámite es la aseguradora quien indica al banco si se acepta al deudor y bajo que condiciones.
* No tiene conocimiento de si en este caso hubo o no hubo correo electrónico.
* No tiene conocimiento de que la aseguradora haya negado el amparo. Cada vez se vienen pagando las primas del seguro.
* La funcionaria que presentó el certificado de asegurabilidad bien pudo ser una asesora directa, o un asesor externo (no son empleados del banco, pero le prestan el servicio de aseguramiento y consultas externas).
* Todos los funcionarios directos o indirectos del banco reciben capacitación de la aseguradora respecto de todo lo relacionado con el seguro de vida deudores.
* En el sistema del banco está identificado quien prestó la asesoría al demandante
* Crédito está vigente
* Crédito a muy largo plazo.
* **Saneamiento del proceso:**

Sin novedades.

* **Fijación de los hechos del litigio:**

**Hechos ciertos (Relevados de prueba)**

* La sociedad Banco BBVA y BBVA seguros de vida s.a., realizaron una vinculación contractual a través de un contrato póliza deudor.
* Hecho cierto: la existencia de la póliza y su certificado individual.
* Vinculación contractual del demandante con el banco a través del crédito hipotecario.
* La inclusión del contrato de hipoteca en la póliza vida deudores.
* Expedición de la póliza.
* Calificación de pérdida de capacidad laboral por la junta medica de la armada nacional. 59.69% PCL.
* Presentación de la reclamación y respuesta.

**Objeto del litigio:** determinar si existe responsabilidad contractual de los demandados con ocasión a la solicitud de afectación del amparo de incapacidad total y permanente contenido en el contrato o póliza de seguro vida deudores, y el cual amparaba la obligación 5439, y el cual se encuentra incluido a través del certificado individual 9465, producto del cual es titular el demandante.

**Hechos por probar:**

* Estado de salud del demandante previo a la adquisición de la póliza.
* Información suministrada al demandante para el momento en que se realizó la suscripción, diligenciamiento y perfeccionamiento de la declaración de asegurabilidad.
* Información suministrada por el demandante a los bancos para el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.
* Comunicaciones cruzadas entre el banco y la aseguradora con la formalización del proceso de aceptación de la póliza.
* Comunicaciones cruzadas por el demandante con los demandados
* Información suministrada por los demandados al demandante con ocasión a la póliza.
* Información suministrada al asegurado con ocasión al proceso de vinculación y aprobación.
* **Decreto y práctica de pruebas:**

**Decretan testimonios:** se practicarán en la audiencia de instrucción y juzgamiento.

**Exhibición de documentos:**

* 20 días al demandante para que aporte su historia clínica desde el año 2000 hasta el año 2019.
* Prueba de oficio a la dirección de sanidad naval y dirección sanidad militar. Historia clínica desde el 2000 hasta el 2019. Gestión de los oficios a cargo de la aseguradora.

**Dictamen pericial:**

Se decreta el dictamen pericial. Da 30 días hábiles para que se aporten las documentales, y contados esos 30 días, van a tener 20 días para aportar el dictamen pericial. Contradicción del perito en la audiencia

**Pruebas de oficio:**

* Se requiere a la aseguradora para que llegue al expediente: copia integra de la audiencia, certificados individuales, copia de los documentos suscritos por el asegurado en donde el demandante, copia de todas las comunicaciones cruzadas con el demandante
* Se decreta la contradicción del dictamen pericial
* Aportar funcionario que explique el procedimiento interno, el paso a paso a seguir. Certificar el nombre con las funciones, y cuánto tiempo lleva ejerciéndolas.

**Fecha de audiencia de instrucción y juzgamiento:** 20 de noviembre de 2025 9 am.