



Juzgado Séptimo Penal Municipal

Cartagena, veintidós (22) de junio de dos mil veintiuno (2021)
Rad. No. 13001-40-04-007-2021-00111-00

Procede el Juzgado a resolver la presente acción de tutela instaurada por el señor Ramón Castillo Almeida contra el Banco BBVA, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales al mínimo vital y móvil, a la vida digna y a la seguridad social.

HECHOS Y PRETENSIONES

Manifiesta el accionante que *"Mediante la póliza No 0110043 tomé un seguro de vida grupo deudores", mediante la cual la accionada se obliga "a sufragar el 100% de las cuotas del préstamo adeudado, además de otras obligaciones inmersas dentro de la póliza".*

Señala que *"Las cuotas mensuales que debo cancelar a la entidad BBVA respecto de la obligación No 0013 0158 00 9606615108 asciende a la suma de seiscientos ochenta y cinco mil seiscientos diecisiete pesos con treinta y centavos. (\$685.617.31)" y que actualmente sufre "una enfermedad degenerativa llamada mieloma múltiple, además de fracturas de vértebras cervicales, la cuales se manifestaron posterior a la toma del seguro o póliza con la entidad", diagnóstico que lo "incapacitan 100% para laborar".*

Asegura que *"Constantemente estoy siendo observado por mis médicos tratantes, por lo tanto, todos mis esfuerzos son encaminados a llevar una vida más digna, y no a producir para mi sustento".*

Refiere que *"raíz de mi enfermedad fui valorado con una PCL del 50% tomando la entidad valoradora como enfermedades para su dictamen MIELOMA MÚLTIPLE y las FRACTURAS CERVICALES, no tomando esta entidad como referencia la afección padecida muchos años atrás y la cual fue superada antes de la toma del seguro".*

Advierte que la entidad BBVA *"no hacen efectiva la póliza, como quiera que en mi historia clínica de fecha 01 de octubre de 2014 de la salud total eps, contaba con diagnóstico de tumor maligno de tórax, cuestión que es falsa, porque lo que en verdad se había diagnosticado (sic) fue benigno un plasmocitoma extramedular el cual fue superado".*

Afirma que su *"situación económica es paupérrima, estando a la merced de mis allegados para mi subsistencia, toda vez que mis dolencias me impiden laborar" y que cada vez le es más difícil cumplir con sus obligaciones "por mi estado de salud terminal, a duras penas llego a cancelar los servicios públicos", por lo que la negativa de la accionada "a hacer efectiva la póliza, esta (sic) afectando gravemente mi salud, como quiera que la seguridad social en salud me corresponde a mí como persona natural realizar los aportes, los cuales cada vez es más difícil cumplir con los mismos".*

Con fundamento en lo narrado, solicita se tutelen sus derechos fundamentales y, en consecuencia, se ordene a *"a la entidad BBVA a cancelar la asistencia a las personas por desempleo y/o incapacidad total y temporal correspondiente al pago de 100% de las cuotas del préstamos adeudado hasta 6 cuotas".*

Anexa, entre otros documentos, dictamen de pérdida de capacidad laboral de la EPS Salud Total del 28 de octubre de 2020, respuesta suministrada por BBVA Seguros de fecha 10 de mayo de 2021, Póliza de seguros del BBVA, certificado de aportes a seguridad social, historia clínica y algunas facturas bancarias y de servicios públicos domiciliarios.

ACTUACIÓN PROCESAL

Mediante auto del pasado 9 de junio el Juzgado admitió la demanda de tutela y solicitó a la accionada un informe sobre los hechos expuestos en la demanda.

En la misma providencia, se solicitó al accionante aportar certificado de aportes al sistema de seguridad social, recibo de pago de la obligación No. 0013 0158 00 9606615108 por valor de 685,617.31 pesos, así como historia clínica que relaciona en los anexos pues, pese a que los anunció, se echaban de menos, así como que informara fecha exacta en que fue tomado el seguro de vida grupo deudores póliza N°0110043 al que hace referencia en la demanda de tutela, lo que en efecto hizo mediante escrito recibido, vía correo electrónico institucional, el pasado 17 de junio.

Intervención del Banco BBVA S.A.

La señora Olga Quiñonez Cañón, quien se anuncia como Apoderada Especial del Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A., Banco BBVA Colombia S.A., precisa a este despacho que *"En lo medular la protesta del accionante se refiere a la objeción presentada por la aseguradora frente al pago de una indemnización, tema sobre el cual el Banco BBVA no tiene injerencia alguna. Ha de verse que la objeción proviene de la entidad aseguradora más NO del Banco conforme lo afirma el accionante en el hecho noveno de la demanda constitucional"*.

Agrega que *"el asunto objeto de debate constitucional tiene que ver con una actividad que la entidad que represento no está facultada para desarrollar, como lo es la actividad económica aseguradora, tal como se desprende de los artículos 2º, 6º y 7º del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – Decreto 663 de 1993, modificado por la ley 795 de 2003"* y que *"el Banco BBVA Colombia es una entidad distinta de la aseguradora BBVA Seguros. Por tanto, el Banco BBVA Colombia no está obligado constitucional, legal, ni contractualmente a reconocerla indemnización de un siniestro derivado de la suscripción y ejecución de un contrato de seguros, dado que no fungió como aseguradora, sino como entidad que otorgó productos de crédito"*.

Aclara que *"lo atinente a las coberturas del seguro es un tema totalmente ajeno al Banco BBVA puesto que no está dentro de su objeto social mercantil, debiéndose discutir lo inherente a tales amparos o garantías directamente con la aseguradora y mediante un proceso verbal declarativo, en el que el Juez Civil, con el acopio de los elementos de convicción conducentes y pertinentes, efectúe un riguroso y juicioso escrutinio en punto a la validez, vigencia, coberturas, amparos del contrato de seguro, terminación, las eventuales novaciones del contrato de seguro, sus alcances, las nuevas pólizas, devolución de dineros etc, elementos todos estos que no pueden ser dilucidados de manera seria y responsable, en un angustioso término de 10 días que tiene el fallador de tutela"* e insiste en que su representada *"no es la llamada a solucionar las pretensiones elevadas por el promotor, habida cuenta que no es el deudor de la prestación amparada por las pólizas, toda vez que, se trata de un seguro de vida grupo deudores, de unos créditos desembolsado por la entidad que represento"*.

Solicita *"no tutelar los derechos fundamentales que la accionante alega conculcados, toda vez que como se indicó anteriormente, el Banco BBVA Colombia S.A. no ha desplegado actuación tendiente a desconocer sus garantías constitucionales"*.

Intervención de BBVA Seguros S.A.

Manuel José Castrillón Pinzón, en su calidad de Representante Legal Judicial de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., rindió el informe requerido por este despacho.

Manifiesta que *"la parte accionante ni siquiera aportó la cantidad de ingresos y gastos mensuales o erogaciones que tiene para demostrar que está en imposibilidad económica de acudir a la justicia ordinaria, pues simplemente se creó una situación de mendicidad para evitar ser la parte vencida en un proceso por la palmaria reticencia en que incurrió"*.

Indica que *"al contrato de seguro objeto de la presente acción de tutela le es aplicable la legislación comercial colombiana, la cual consagra la obligación para el Asegurado de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro, en atención al principio de la buena fe, característico de este contrato"*, lo que *"reviste la mayor importancia dentro del contrato de seguro, por cuanto se erige como un deber fundamental, en atención al principio de la buena fe, que rige con mayor preponderancia frente a este contrato"*.

Señala que *"la aseguradora no exigió la realización de exámenes médicos de la asegurada (sic) en asunto, ni solicitó historia clínica para acceder al seguro que respaldaba la obligación en referencia, debido a que la aseguradora no está obligada a ello. Sin embargo, mi representada sí le propuso diligenciar una declaración de asegurabilidad a objeto de verificar el estado de salud; dependiendo de esta información, la aseguradora tenía la potestad de practicar exámenes médicos a fin de conocer la realidad sobre el estado físico y así tomar una de tres decisiones: aceptar el riesgo en condiciones normales, imponer condiciones de primas más onerosas o, rechazar el seguro propuesto. Como en la declaración de asegurabilidad no se declaró ningún antecedente médico relevante, ni se consignó ninguna patología importante en curso, la aseguradora decidió aceptar el seguro en condiciones normales, vale decir se expidió la póliza como un riesgo normal, bajo el principio de la buena fe"*.

Insiste en que *"en este caso no se declararon las enfermedades arriba indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal"*.

Precisa que *"la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro"*.

Resalta que *"la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente; enfermedades que por su*

connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción”.

Precisa que “con independencia de que la causa de su incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes”.

Considera que “la solicitud en virtud de la cual se pretende el reconocimiento de aspectos meramente patrimoniales, en tratándose de situaciones derivadas de un contrato mercantil, no pueden ventilarse a través del mecanismo de la acción de tutela, toda vez que éste elemento fue implementado para proteger situaciones de amenaza inminente donde no haya más mecanismos de defensa para dicha protección. De hecho, no ventilar esta situación ante el juez natural, sería violatorio del debido proceso de la aseguradora puesto que contamos con material probatorio para avalar jurídicamente la nulidad del contrato de seguro por reticencia para este caso”.

Concluye que “la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia no ha vulnerado derecho fundamental alguno pregonado por la accionante y que su negativa al pago del seguro obedece a circunstancias plenamente advertidas en el recorrido normativo del artículo 1058 del Código de Comercio, siendo evidente que el incumplimiento de las cargas propias del asegurado deberá asumirlas el señor Es, quién como se ha mencionado en múltiples ocasiones, no declaró sinceramente sus antecedentes médicos” y que existe otro mecanismo de defensa judicial “vía principal y directa para la discusión del derecho y la acción de tutela sólo operará como mecanismo subsidiario y excepcional para la protección inmediata de las garantías constitucionales fundamentales que no tengan otro medio de resguardo”.

Asegura que “fluye palmario que cualquier discusión inherente a contrato de seguro objeto de controversia, deberá ser asumida por los jueces ordinarios, quienes con los elementos de convicción conducentes y pertinentes, y útiles que deberán dilucidar si hay viabilidad en el pago del seguro”.

*Solicita se “**RECHAZAR POR IMPROCEDENTE** la presente acción de tutela” y que se ordene al accionante “acudir a la jurisdicción ordinaria, toda vez que la acción de tutela no se puede constituir como mecanismo sustituto de las vías ordinarias, y menos aun cuando no existe prueba si quiera sumaria de la vulneración a los derechos fundamentales en contra de esta aseguradora”.* (Mayúscula y negrillas vienen de texto original)

Anexa certificado de Cámara de Comercio de la entidad.

CONSIDERACIONES

Cuestión previa

Cabe precisar que en este asunto, pese a que no se vinculó a BBVA Seguros S.A., esta entidad conforme a los informes rendidos está legitimada en la causa por pasiva pues cuenta con la aptitud legal para responder “por la vulneración o amenaza del derecho fundamental, en caso de que la transgresión del derecho alegado resulte demostrada”¹, por lo que habiendo rendido informe refiriéndose a los hechos narrados por el accionante en la demanda de tutela, este despacho entenderá que se notificó por conducta concluyente el 15 de junio de 2021, de

¹ Cfr. Corte Constitucional, T-094 de 2019

conformidad a lo establecido en el artículo 301 del Código General del Proceso².

La Corte Constitucional en Auto 074 de 2011, esto dijo sobre este tipo de notificación:

"2.1. Notificación por conducta concluyente

La legislación procesal consagra diferentes formas de comunicar los actos producidos por el juez, las cuales son manifestaciones del principio de publicidad, como garantía esencial del derecho fundamental al debido proceso. Así, "el sistema procesal consagra diferentes formas de notificación, dependiendo del tipo de providencia que se trate y reconociéndole el carácter de principal a la notificación personal (art.314), y de subsidiario a las notificaciones por aviso (art. 320), por estado (art. 321), por edicto (art. 323), por estrado o en audiencia (art.325) y por conducta concluyente (art. 330)"^[4].

El artículo 330 del Código de Procedimiento Civil consagra "cuando una parte o un tercero manifieste que conoce determinada providencia o la mencione en escrito que lleve su firma, o verbalmente durante una audiencia o diligencia, si queda constancia en el acta, se considerará notificada personalmente de dicha providencia en la fecha de presentación del escrito o de la audiencia o diligencia."

En este orden de ideas, la notificación por conducta concluyente es una modalidad de notificación personal que supone el conocimiento previo del contenido de una providencia judicial y que satisface el cumplimiento del principio de publicidad y el derecho a la defensa, y tiene "como resultado que éstos asuman el proceso en el estado en que se encuentre, para, a partir ese momento, emprender acciones futuras en el mismo."^[5]

Atendiendo a que se determinó, luego del estudio del caso concreto, que la única entidad a quien le correspondería responder por la presunta vulneración de los derechos fundamentales invocados por el accionante es a la entidad BBVA Seguros S.A., se desvinculará al Banco BBVA S.A. del presente trámite.

Problema jurídico objeto de estudio

Corresponde entonces al Juzgado determinar si los derechos fundamentales al mínimo vital y móvil, a la vida digna y a la seguridad social del señor Ramón Castillo Almeida están siendo vulnerados por la entidad BBVA Seguros S.A., al negarse a hacer efectivas una póliza de seguro suscrita para cubrir obligación crediticia en caso de invalidez o muerte, con el argumento de la supuesta reticencia en que incurrió el tomador.

Para responder a este interrogante, se estudiará lo referente al principio de la buena fe en contrato de seguros, reticencia o inexactitud en el contrato de seguros, abuso de la posición dominante y el derecho a la vida digna y al mínimo vital en contratos de seguros desde una perspectiva jurisprudencial. Luego, se abordará el caso concreto.

Jurisprudencia constitucional aplicable al caso

"4. El contrato de seguro de vida y la reticencia

² Código General del Proceso. Artículo 301. Notificación por conducta concluyente La notificación por conducta concluyente surte los mismos efectos de la notificación personal. Cuando una parte o un tercero manifieste que conoce determinada providencia o la mencione en escrito que lleve su firma, o verbalmente durante una audiencia o diligencia, si queda registro de ello, se considerará notificada por conducta concluyente de dicha providencia en la fecha de presentación del escrito o de la manifestación verbal.

El contrato de seguro no tiene una definición exacta en el Código de Comercio. Sin embargo, se trata de un negocio jurídico sujeto a la voluntad de las partes dentro de los límites que la ley impone, con base en el cual el asegurador asume los riesgos de una contingencia^[15] a cambio de una prima o prestación económica a cargo del tomador y sometida al cumplimiento de una condición suspensiva, cual es la ocurrencia del siniestro^[16]. Sus elementos esenciales, esos sí, están definidos en los artículos 1036^[17] y 1045 del Código de Comercio, de acuerdo con los cuales, para que el contrato produzca efectos deberán revelarse: el interés asegurable^[18], el riesgo asegurable^[19], la prima o el precio^[20] y la obligación condicional^[21].

Por otro lado, para determinar el alcance del contrato de seguro, es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza y los documentos que la integran, pues estos definen el riesgo amparado, el objeto de aseguramiento, exclusiones y límites pecuniarios temporales pactados, sin que sea válido interpretar más allá de lo que su contenido prevé. En todo caso, cuando las aseguradoras fijan el contenido del contrato, no pueden establecer cláusulas abusivas, ya que dicha conducta se encuentra prohibida por el artículo 11 de la Ley 1328 de 2009^[22].

Adicional a la anterior prohibición, la Corte ha resaltado que la libertad que tiene la aseguradora para fijar las cláusulas del contrato no puede ser usada para tomar ventaja en virtud de su posición dominante de modo que se impongan a los usuarios condiciones que limiten sus derechos como consumidores. En efecto, en la Sentencia T-751 de 2012, se indicó que: “esta modalidad negocial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores.

Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta”.

Por otro lado, en los contratos de seguros la buena fe resulta preponderante, lo que implica el deber de que las partes declaren de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales constituyen el riesgo y la póliza^[23].

Al respecto, en la Sentencia T-660 de 2017 se indicó que: “(...) dicha buena fe se manifiesta cuando el tomador (asegurado) se allana a contratar un seguro y declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información se determine por la aseguradora si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar (...)”.

Precisamente, por las características del contrato de seguro resulta trascendental que el tomador cumpla con la obligación de hacer una declaración veraz del estado real de riesgo, en aras de proteger la naturaleza aleatoria de este tipo de negocios. Así lo ha manifestado también la Sala de Casación Civil, entre otras, en Sentencia del 1 de septiembre de 2010^[24], al indicar que: “(...) esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca”.

A partir de lo anterior, cuando el tomador ha incurrido en inexactitudes en la información entregada al momento de realizar el contrato, puede generar distorsiones relacionadas con el estado de riesgo que atentaría contra la naturaleza del contrato y el principio de buena fe que lo caracterizan, por lo que de comprobarse el obrar de mala fe por parte del tomador, se configura el fenómeno de reticencia previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, y que consiste en la inexactitud en que incurre el tomador del seguro sobre hechos o circunstancias que impliquen una agravación objetiva del estado de riesgo, que de haber sido

conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de fijar el contrato o advertido para celebrar uno con cláusulas más onerosas. Su configuración genera nulidad relativa del contrato.

En ese sentido, las aseguradoras tienen la obligación de demostrar el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro, por un lado, evidenciando la mala fe del tomador al ocultar cierta información, y por el otro, acreditando la existencia de una "efectiva relación causal"^[25] –inescindible– entre la inexactitud y el siniestro acaecido^[26].

En la Sentencia T-720 de 2013, la Corte consideró que no era necesario realizar un estudio encaminado a acreditar la mala fe del tomador ya que las enfermedades que no fueron declaradas a tiempo, en nada incidieron en el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo, pues el porcentaje necesario para incapacitar a la asegurada se había cumplido aún sin incluir las enfermedades omitidas en la declaración.

Así mismo, en la Sentencia T-282 de 2016, la Corte desechó la configuración de la reticencia en tanto no encontró probado el nexo de causalidad entre la ocurrencia del siniestro y la inexactitud de la información declarada al momento de suscribir la póliza, pues la invalidez le sobrevino a la actora como consecuencia de un accidente cerebrovascular y un cuadro de depresión, siendo que lo que omitió declarar fueron sus antecedentes de hernia discal con cirugía de columna lumbar.

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha indicado que no toda reticencia está llamada a "eclipsar la intentio del asegurador, generando los letales efectos que fluyen de la nulidad relativa"^[27].

Por ende, la reticencia se puede alegar cuando la información omitida ha incidido en el consentimiento de la aseguradora para asumir el riesgo contratado^[28], causada por inexactitud de la información registrada por el tomador en procura de sacar ventaja del desequilibrio contractual, pero para su acreditación se debe demostrar tanto el elemento objetivo consistente en el nexo de causalidad, como el elemento subjetivo derivado de la mala fe del tomador.

5. El abuso de la posición dominante

La actividad financiera es considerada por la Corte Constitucional como un servicio público en tanto que su objetivo principal es la captación de recursos financieros del público con el fin de administrarlos, invertirlos, manejarlos y obtener con ello un beneficio, todo dentro de los límites que la ley prevé. Así fue expuesto en la Sentencia T-443 de 1992 reiterada en la T-813 de 2012.

Dichas providencias, a su vez enfatizaron que las actividades financieras, bursátil, aseguradora, y todas las demás que se relacionen con el manejo, inversión, administración y aprovechamiento de los recursos de captación señaladas en el literal d) del numeral 19 del artículo 150 de la Constitución Política, serán ejercidas previa autorización del Estado, habida cuenta que son de interés público. Lo anterior, con fundamento en lo previsto en el artículo 335 de la Carta.

En cumplimiento de sus labores, las entidades dedicadas a actividades de índole financiero o asegurador tienen la posibilidad de fijar los requisitos de acceso a sus servicios, las condiciones y exigencias para acceder a créditos y transacciones, las tasas de interés, entre otras cuestiones propias de su gestión, por lo que "siendo depositarias de la confianza pública por el servicio que prestan y gozando de la credibilidad por parte de los clientes, tienen una posición dominante frente a los usuarios"^[29].

Por tanto, ante la clara posición dominante que se crea, no solo por la confianza pública depositada en la entidad, sino también por la diferencia económica existente entre las partes, corresponde al Estado ejercer el control sobre dichas

entidades en aras de evitar que con base en la superioridad que ejerce frente al usuario, abusen de su poder a través de la imposición de cláusulas arbitrarias o por fuera de los límites que la ley prevé.

Dicha facultad de control tiene su origen en la Constitución, en tanto que a través del artículo 333 se radicó en el Estado la competencia de evitar todo abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional, de manera que se impiden tratamientos desiguales que supongan la superioridad de unos frente a otros, máxime, en tratándose de actividades que gozan de la confianza pública por el tipo de servicio que prestan.

Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado.

Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquive el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental". (T-094 de 2019)

Caso concreto

Refiere el accionante que adquirió un seguro de vida Grupo Deudores con el Banco BBVA S.A., identificado con el "No 0110043", póliza mediante la cual se cubría "el 100% de las cuotas del préstamo adeudado" a dicha entidad, "respecto de la obligación No 0013 0158 00 9606615108", cuyas cuotas mensuales ascienden a la "suma de seiscientos ochenta y cinco mil seiscientos diecisiete pesos con treinta y centavos. (\$685.617.31)".

Advirtió que actualmente sufre de "enfermedad degenerativa llamada mieloma múltiple, además de fracturas de vértebras cervicales, la cuales se manifestaron posterior a la toma del seguro o póliza con la entidad", diagnóstico que lo "incapacitan 100% para laborar".

Aseguró que tiene constantes controles médicos, "todos mis esfuerzos son encaminados a llevar una vida más digna, y no a producir para mi sustento" y que su calificación de pérdida de capacidad laboral fue del "50% tomando la entidad valoradora como enfermedades para su dictamen MIELOMA MÚLTIPLE y las FRACTURAS CERVICALES", diagnósticos que la accionada no tiene en cuenta al momento de responder su solicitud de pago de la póliza.

Señaló que la accionada "no hacen efectiva la póliza, como quiera que en mi historia clínica de fecha 01 de octubre de 2014 de la salud total eps, contaba con diagnóstico de tumor maligno de tórax, cuestión que es falsa, porque lo que en verdad se había diagnosticado (sic) fue benigno un plasmocitoma extramedular el cual fue superado".

Afirmó que su "situación económica es paupérrima, estando a la merced de mis allegados para mi subsistencia, toda vez que mis dolencias me impiden laborar", como consecuencia de la enfermedad que padece, por lo que la negativa de la accionada "a hacer efectiva la póliza, esta (sic) afectando gravemente mi salud, como quiera que la seguridad social en salud me corresponde a mí como persona natural realizar los aportes, los cuales cada vez es más difícil cumplir con los mismos".

El Banco BBVA S.A. aclaró, en lo fundamental, que *"es una entidad distinta de la aseguradora BBVA Seguros. Por tanto, el Banco BBVA Colombia no está obligado constitucional, legal, ni contractualmente a reconocerla indemnización de un siniestro derivado de la suscripción y ejecución de un contrato de seguros, dado que no fungió como aseguradora, sino como entidad que otorgó productos de crédito"* y que *"lo atinente a las coberturas del seguro es un tema totalmente ajeno al Banco BBVA puesto que no está dentro de su objeto social mercantil, debiéndose discutir lo inherente a tales amparos o garantías directamente con la aseguradora y mediante un proceso verbal declarativo, en el que el Juez Civil, con el acopio de los elementos de convicción conducentes y pertinentes, efectúe un riguroso y juicioso escrutinio en punto a la validez, vigencia, coberturas, amparos del contrato de seguro, terminación, las eventuales novaciones del contrato de seguro, sus alcances, las nuevas pólizas, devolución de dineros etc, elementos todos estos que no pueden ser dilucidados de manera seria y responsable, en un angustioso término de 10 días que tiene el fallador de tutela"*.

Insistió en que *"no es la llamada a solucionar las pretensiones elevadas por el promotor, habida cuenta que no es el deudor de la prestación amparada por las pólizas, toda vez que, se trata de un seguro de vida grupo deudores, de unos créditos desembolsado por la entidad que represento"*.

Por su parte, BBVA Seguros S.A. manifestó que *"la parte accionante ni siquiera aportó la cantidad de ingresos y gastos mensuales o erogaciones que tiene para demostrar que está en imposibilidad económica de acudir a la justicia ordinaria, pues simplemente se creó una situación de mendicidad para evitar ser la parte vencida en un proceso por la palmaria reticencia en que incurrió"*.

Indicó que *"al contrato de seguro objeto de la presente acción de tutela le es aplicable la legislación comercial colombiana, la cual consagra la obligación para el Asegurado de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro, en atención al principio de la buena fe, característico de este contrato"*, *"no exigió la realización de exámenes médicos de la asegurada (sic) en asunto, ni solicitó historia clínica para acceder al seguro que respaldaba la obligación en referencia, debido a que la aseguradora no está obligada a ello"* y que *"Como en la declaración de asegurabilidad no se declaró ningún antecedente médico relevante, ni se consignó ninguna patología importante en curso, la aseguradora decidió aceptar el seguro en condiciones normales, vale decir se expidió la póliza como un riesgo normal, bajo el principio de la buena fe"*, por lo que la omisión del asegurado al diligenciar la póliza, a su juicio, hace que se configure *"la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro"*.

Resaltó que *"la objeción no se fundamenta en que las enfermedades o hechos causantes de la reclamación tengan alguna relación con la(s) enfermedad(es) padecida(s) y no declarada(s) por el asegurado al momento de tomar el seguro, sino porque de acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo... enfermedades que por su connotación tenían que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción"*.

Precisó que *"con independencia de que la causa de su incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes"*.

Consideró que lo pretendido por el accionante es *"el reconocimiento de aspectos meramente patrimoniales, en tratándose de situaciones derivadas de un contrato mercantil, no pueden ventilarse a través del mecanismo de la acción de tutela, toda vez que éste elemento fue implementado para proteger situaciones de amenaza inminente donde no haya más mecanismos de defensa para dicha protección. De hecho, no ventilar esta situación ante el juez natural, sería violatorio"*.

del debido proceso de la aseguradora puesto que contamos con material probatorio para avalar jurídicamente la nulidad del contrato de seguro por reticencia para este caso”.

Advierte el despacho, revisado el material probatorio aportado y los informes rendidos que, en efecto, en la declaración de asegurabilidad signada por el accionante en el año 2014 de la póliza identificada con el No. 0110043 este no registró afecciones en su salud a pesar de que reconoce que en dicha calenda le fue diagnosticado un *"plasmocitoma extramedular"* benigno que *"fue superado"*, motivo por el cual entiende el despacho no fue incluido en la mentada declaración, sin embargo, esta situación no constituye motivo suficiente que sustente la reticencia que alega la entidad aseguradora, que no acreditó, por un lado, el nexo causal entre la información inexacta suministrada por el accionante y su diagnóstico de mieloma múltiple que, conforme a historia clínica del 4 de mayo de 2021, data de hace 2 años, esto es, con posterioridad a la suscripción de la póliza vida deudores y, por el otro, la mala fe del accionante al momento de celebrar el contrato para influir en el riesgo asegurado asumido por la entidad, ambos presupuestos exigidos por el precedente jurisprudencial citado en esta providencia, para considerar la existencia de una nulidad relativa del contrato de seguro suscrito entre las partes por motivo de reticencia.

En este caso concreto no se avizora cómo la enfermedad no declarada en el año 2014 se relaciona con su diagnóstico de mieloma múltiple que lo aqueja hace 2 años pues, aún si el accionante la hubiera señalado, esta información no habría impedido que actualmente padeciera esta enfermedad, ni como afectó a la aseguradora su capacidad de negociar frente al cubrimiento de los riesgos asegurados con la póliza, por lo que su decisión de negar el pago de la póliza constituye, a juicio de este despacho, un abuso de su posición dominante que causa una amenaza a los derechos fundamentales invocados por el accionante, quien no es pensionado, al punto que solo cotiza en salud al Régimen de Seguridad Social, así se aprecia en certificación de Salud Total EPS del 26 de mayo de 2021, en el que se indica que este es *"Cotizante pago solo salud, Artículo 2 Ley 1250 de 200[8]"* norma que en su tenor literal reza lo siguiente:

"ARTÍCULO 2o. Al artículo 19 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 6o de la Ley 797 de 2003, adiciónese un párrafo del siguiente tenor:

"Párrafo. Las personas a las que se refiere el presente artículo, cuyos ingresos mensuales sean inferiores o iguales a un (1) salario mínimo legal mensual, que registren dicho ingreso conforme al procedimiento que para el efecto determine el Gobierno Nacional, no estarán obligadas a cotizar para el Sistema General de Pensiones durante los próximos 3 años a partir de la vigencia de la presente ley, no obstante de lo dispuesto en este párrafo, quienes voluntariamente decidan cotizar al sistema general de pensiones podrán hacerlo".

Información que respalda el certificado de aportes anexado al libelo de tutela en el que se registra como ingreso base de cotización, la suma de \$908.526., lo que sin duda generan al accionante una zozobra justificada en no poder eventualmente cubrir su cotización a salud y su sostenimiento básico, al tener que asumir la obligación crediticia adquirida con el Banco BBVA S.A., máxime si se encuentra en un estado de enfermedad física que le impiden laborar y, según se registró en historia clínica, tiene *"PRONOSTICO DESFAVORABLE PARA REINTEGRO A SU ACTIVIDAD LABORAL"*, evidencia que esta agencia judicial considera suficiente para adoptar esta decisión y no acceder a la vinculación de distintas entidades deprecada por la aseguradora.

Estas circunstancias, hacen procedente esta acción constitucional de manera excepcional pues se encuentran inmersos derechos fundamentales que han sido vulnerados por una entidad que presta servicios de interés general, frente a un usuario que se encuentra en relación a ella en estado de indefensión³.

Así las cosas, se tutelarán los derechos fundamentales al mínimo vital y móvil, a la vida digna y a la seguridad social del señor Ramón Castillo Almeida. En consecuencia, se ordenará a BBVA Seguros S.A. que en el término de quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de este fallo, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 0110043 (VGDB-154), contratada por el señor Ramón Castillo Almeida.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Séptimo Penal Municipal de Cartagena de Indias, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

Primero. Tutelar los derechos fundamentales al mínimo vital y móvil, a la vida digna y a la seguridad social del señor Ramón Castillo Almeida contra BBVA Seguros S.A., por las consideraciones expuestas en la parte motiva de este proveído.

Segundo. Ordenar a BBVA Seguros S.A. que en el término de quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de este fallo, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 0110043 (VGDB-154), contratada por el señor Ramón Castillo Almeida.

Tercero. Desvincular del presente trámite al Banco BBVA S.A. por as razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

Cuarto. Notificar este fallo a las partes de conformidad con el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.

Quinto. Enviar el expediente a la Corte Constitucional para la eventual revisión de este fallo, en caso de no ser impugnado.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



ALEXANDER GIL AGUIRRE
Juez

Cdar

³ Cfr. Corte Constitucional, T-125 de 2021 “ (...) 27. Tratándose de aseguradoras, este Tribunal también ha indicado que la acción de tutela procede debido a tres razones fundamentales: “i) pueden estar inmersos derechos fundamentales amenazados o vulnerados, ii) estas entidades desarrollan actividades de interés general y prestan un servicio público, y iii) ante ellas los usuarios se encuentran en estado de indefensión”^[78]”.