

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ D.C.

Sala Civil

Magistrado Ponente:

MARCO ANTONIO ÁLVAREZ GÓMEZ

Bogotá D.C., seis (6) de abril de dos mil veintiuno (2021)

Ref: Proceso verbal No. 110013199003201903955 01

Se decide el recurso de apelación que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. interpuso contra la sentencia de 28 de diciembre de 2020, proferida por la Superintendencia Financiera de Colombia en el proceso que Aldemar Emilio Vargas Merchán promovió contra ella y el Banco BBVA Colombia S.A.

RESEÑA DEL LITIGIO Y DEL PROCESO

1. El señor Vargas llamó a proceso verbal a las referidas entidades financieras para que, en síntesis, se declare que la solicitud de certificado individual de seguros y la póliza de vida grupo deudores son inválidos por falta de información sobre el tomador o beneficiario, la vigencia de la póliza y la no entrega del contrato de seguro y, por tanto, se le ordene a la referida aseguradora cumplir con las obligaciones que contrajo en virtud de las pólizas Nos. 022190000133139 y 022230000026645, que cubren los créditos 7007 y 0140 otorgados por el Banco BBVA Colombia S.A., junto con los intereses moratorios causados desde el 31 de agosto de

2018, más los excedentes resultantes, por haberse realizado el riesgo de incapacidad total y permanente.

2. Para sustentar sus pretensiones, el señor Vargas adujo que tales créditos fueron desembolsados los días 23 de junio de 2015 y 11 de agosto de 2016, luego de una asesoría comercial de empleados del Banco (no de la aseguradora), quienes diligenciaron todos los documentos, incluida la declaración de asegurabilidad, en la que sólo estampó su firma. Agregó que no le explicaron lo que estaba suscribiendo, por lo que no tuvo conocimiento de las coberturas, exclusiones y del valor asegurado, ni se le otorgó la opción de afianzarse con una entidad de su elección. Sólo le informaron que las condiciones de las pólizas podían ser consultadas en la página web de la aseguradora.

Añadió que le informó a la asesora sobre “las lesiones y enfermedades que había adquirido dentro y fuera de la institución militar...” (fl. 6 vto., derivado 00 del expediente digitalizado), sin que se le hubieren hecho preguntas sobre su estado de salud, limitándose a señalarle que debía firmar el documento “solicitud seguro de vida” (fl. 7, derivado 00 del expediente digitalizado), dado que era uno de los requisitos del crédito financiero y que “ella lo llenaría” (ib.), razón por la cual los espacios quedaron en blanco.

Señaló que el Banco no le brindó una buena asesoría y acompañamiento durante la etapa precontractual para diligenciar la documentación; que tampoco le entregó copia de los contratos de seguro y sus condiciones particulares y generales; que no le exigieron practicarse valoraciones médicas o la “presentación de la epicrisis o historia clínica” (fl. 10 vto., derivado 00 del expediente digitalizado), y que, tras obtenerlas en virtud de una petición, advirtió que ninguna de las pólizas incluye una cláusula de “declaración inexacta o reticente” (fl. 22 vto., ib.).

Precisó que los certificados individuales de los seguros refieren la cobertura de las obligaciones financieras terminadas en los Nos. 7007 y 0140, para los eventos de incapacidad total y permanente, por lo que el riesgo se materializó en la medida en que el 31 de agosto de 2018 la junta médica laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional le notificó que, mediante acta No. 101-604, fue establecida una pérdida de capacidad laboral del 52.42%.

Finalmente, resaltó que la aseguradora demandada objetó el pago de las obligaciones porque, según ella, hubo reticencia en la declaración de asegurabilidad, dado que la historia clínica evidenciaba patologías desde noviembre de 2012.

3. Notificada del auto admisorio, la aseguradora se opuso a las pretensiones y planteó, a manera de defensa, la “nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado”; “inexistencia de la obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual”; “la acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro”; “BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. tiene la facultad de retener la prima a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro”; “obligación del consumidor financiero de cumplir con el deber de autoprotección consagrado en el artículo 6 de la ley 1328 de 2009”; “prescripción de la acción derivada del contrato de seguro”; “prescripción y/o caducidad: aplicación del artículo 58 numeral 3 de la ley 1480 de 2011”; “en cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el máximo del valor asegurado”; y, “en cualquier caso, la obligación de la compañía no puede exceder los saldos insolutos de las obligaciones”. (pgs. 50 a 70, derivado 13 del expediente digitalizado).

Por su parte, el banco demandado, para resistir la demanda, alegó el “pleno cumplimiento del banco BBVA”; “el actor alega su propia culpa”;

“inexistencia de prueba susceptible de ser autorizada como tal en este proceso”; “el actor desconoce su obligación de autoprotección”; “existencia de enfermedades previas a la constitución de los seguros”; “inexistencia de la obligación de practicar exámenes médicos por parte de la aseguradora”; “prescripción y/o caducidad, artículo 58 numeral 3º de la Ley 1480 de 2011”; “incumplimiento del aviso a la aseguradora y al banco con inexistencia de siniestro”; “incumplimiento del procedimiento acordado con inexistencia de siniestro”; “inexistencia de incapacidad total y permanente que impida realizar cualquier actividad u ocupación”; “prueba ilícita”; y “calidad de pensionado retirado” (pgs. 30 a 35, derivado 14 del expediente digitalizado).

LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia desestimó las excepciones de la aseguradora, a quien declaró civilmente responsable por el incumplimiento del contrato de seguro, razón por la cual la condenó a pagar, en un plazo de veinte días hábiles, la suma de \$32'299.660, para el crédito número 7007, y \$17'981.608 para el número 0140, junto con los intereses de mora causados desde el 8 de noviembre de 2018, advirtiendo que el incumplimiento de las órdenes impartidas “puede ocasionarle la sanción de que trata el numeral 11 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011”.

Para arribar a esa conclusión, halló probados el seguro y la declaración de asegurabilidad, en la que se indagó sobre el estado de salud del demandante y su aceptación al suscribirlas; también consideró demostrado que el señor Vargas fue valorado por una junta médica el 6 de octubre de 2008, la que dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 11.5%, siendo claro, entonces, que tenía conocimiento de las patologías.

Con todo, precisó que la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia imponía examinar si el conocimiento previo del tomador y su omisión modificaban el riesgo para concretar la vinculación al seguro, por lo que debía probarse técnicamente su relevancia, “sin que se contara [en el caso] con esta afirmación de la comprobación técnica que permitieran a la Delegatura tener por atendidas las exigencias de demostrar que, en efecto, se hubiera retraído la compañía de seguros de asumir el riesgo reclamado de ser el caso, o en caso distinto, otorgar el seguro en unas condiciones diferentes a las que finalmente operaron en la negociación, en la vinculación del seguro” (audiencia min. 19:44). En opinión de la funcionaria, la sola aseveración de la representante legal de la aseguradora no constituía prueba técnica sobre el particular.

Finalmente, consideró que el Banco BBVA Colombia S.A. no incumplió sus obligaciones, razón por la cual lo absolvió.

EL RECURSO DE APELACIÓN

La aseguradora pidió revocar el fallo porque sí se probó la reticencia del demandante, específicamente “el elemento subjetivo consagrado en el artículo 1058 del C.Co.”, al igual que “la relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados” (pg. 2, derivado 08, cdno. Tribunal del expediente digitalizado). Así se desprende del dictamen de pérdida de capacidad laboral de la Junta Médica de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, los manuales técnicos para la suscripción y colocación de los seguros de vida, las objeciones de 9 de octubre de 2018, las declaraciones de asegurabilidad y el interrogatorio de parte que se practicó a la representante legal de la aseguradora.

Sostuvo que la sentencia se aparta, sin justificación, de los precedentes de la Corte Suprema de Justicia, de este Tribunal Superior y de los propios de la Superintendencia Financiera.

Finalmente, reprochó que no se hubiere reconocido la nulidad por reticencia, pese a que en los formularios de las declaraciones de asegurabilidad “el señor Vargas Merchán no informó (...) de la existencia de su disminución de capacidad Laboral previa, de su Trauma Acústico Grado 1 de Oído Izquierdo, Síndrome de Apnea del Sueño, Desviación de Tabique Nasal y Cervicalgia” (pg. 41, derivado 08, cdno. Tribunal del expediente digitalizado), por lo que hubo “un vicio del consentimiento que causa la nulidad de las vinculaciones al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.” (ib.)

CONSIDERACIONES

1. Si se miran bien las cosas, no se disputa que el señor Vargas omitió informarle a la aseguradora, en las declaraciones de asegurabilidad, que desde el año 2008 había sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 11.5%, según al acta de la junta médica laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército (pg. 98, archivo “11317910” del derivado 047 del expediente digitalizado), como tampoco que padecía de un trauma acústico grado 1 en su oído izquierdo, apnea del sueño, desviación de tabique nasal y cervicalgia, pues así lo revela su historia clínica (pg. 12, ib.). Luego apelante y juzgadora concuerdan en esos puntos.

La controversia, en estricto, apunta a los efectos jurídicos de esa omisión, que la aseguradora no duda en calificar como típica reticencia que anula los contratos de seguro, pero que la Superintendencia descartó porque, en su criterio, no había prueba técnica de que la demandada, de haber tenido conocimiento de esos hechos, se habría retraído de asumir el riesgo.

Ocurre, sin embargo, que la solución de ese problema jurídico pasa por considerar dos temas centrales: el primero, si el señor Vargas, por los perfiles que presentó el diligenciamiento de la declaración aludida, tuvo la oportunidad de cumplir con ese deber de información, y el segundo, si la aseguradora atendió sus deberes para con el usuario, entre ellos si, antes de asumir el riesgo, obró con diligencia para informarse sobre la preexistencia de esas patologías.

La Sala resolverá estos cuestionamientos con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio, los artículos 3º y 5º de la Ley 1328 de 2009, la sentencia de tutela T-022 de 2014 de la Corte Constitucional y en su propio precedente, contenido en la sentencia de 11 de febrero de 2020¹.

2. En efecto, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato a tomador tiene el deber de declarar con sinceridad y sin reserva todos los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, para que el asegurador, a su arbitrio, pueda decidir libremente si asume todos los riesgos o algunos de ellos (C.Co., art. 1056). Y es claro que la reticencia o la inexactitud sobre hechos que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o dado lugar a estipular condiciones más onerosas, da lugar a la nulidad relativa del seguro, tanto más si la declaración de asegurabilidad se hizo con sujeción a un determinado cuestionario.

Pero no es menos cierto que si el asegurador, “antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración” (C. de Co., art. 1058, inc. 4), no podrá el juez deducir esa sanción, menos aún si, conforme al régimen de protección al consumidor financiero (Ley 1328 de 2009), suyos son los deberes de “emplear la debida diligencia en el ofrecimiento de sus productos” (art. 3, lit. a), así como suministrar “información, cierta,

¹ Rad. 110013199003201802629 01

suficiente, clara y oportuna” para que los consumidores puedan conocer adecuadamente sus derechos y obligaciones (art. 3, lit. c), entre los cuales se destacan los de recibir de parte de las entidades vigiladas los datos, detalles y pormenores de la operación proyectada que “faciliten su comparación y comprensión” (art. 5, lit. b), lo mismo que “exigir la debida diligencia en la prestación del servicio” (art. 5, lit. c). Por esto esta Sala, en un caso con rasgos similares, puntualizó que las aseguradoras están obligadas a “suministrar a los usuarios y a los clientes la información que sea clara, que sea suficiente, que sea cierta, que sea oportuna” (sentencia de 11 de febrero de 2020, min. 20:00)².

Sobre el tema de la reticencia en el contrato de seguro, la Corte Constitucional ha señalado que:

(i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) **es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias**, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), **no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.**³ (Se resalta)

En síntesis, dada la especial protección constitucional que tienen los consumidores (C.Pol. art. 78), para deducir la nulidad relativa del contrato de seguro por causa de reticencia o inexactitud no es suficiente, en la hora actual –menos después de la expedición de la Ley 1328 de 2009-, probar que el candidato a tomador incumplió su deber de información. Ni siquiera bajo la regulación del artículo 1058 del Código de Comercio podía producirse tamaña sanción, pues su inciso final claramente imponía verificar, previamente, si el asegurador tuvo la posibilidad de conocer los hechos omitidos. Más aun, no se olvide que, por mandato de la referida

² Rad. 110013199003201802629 01

³ T-222-14.

normatividad del consumidor, en caso de conflicto entre los intereses de la entidad vigilada y los del consumidor financiero, siempre debe prevalecer el de este último, a menos que exista disposición en contrario (art. 3, lit. e).

3. En el caso que ocupa la atención de la Sala, fue probado que:

a. Al señor Aldemar Vargas se le otorgaron los créditos terminados en 7007 y 0140, los días 23 de junio de 2015 y 4 de agosto de 2016, respectivamente (archivos “formato libranza cto. 7007” y “formulario vin. Cto 0140”, derivado 035 del expediente digitalizado), los cuales fueron amparados con las pólizas de seguro de vida grupo deudores Nos. 022190000133139 y 022230000028645 (fls. 80 a 82, derivado 00 ed.).

b. El señor Vargas suscribió los documentos denominados “solicitud/certificado individual seguro de vida grupo deudores” los días 23 de junio de 2015 y 8 de agosto de 2016 (fls. 76 y 77, derivado 00 ed.), en las que aparecen respondidas en forma negativa la mayoría de preguntas, siendo necesario destacar que las casillas respectivas fueron diligenciadas por los empleados del Banco, señores Héctor Mario Torres Sánchez y Jeaimy Burgos Vera, encargados de la comercialización de los créditos concedidos al aquí demandante. Así lo reconocieron en sus declaraciones al señalar, el primero de ellos, que “en condiciones normales lo debe hacer el cliente, pero para este caso puntual el cliente me solicitó a mí el apoyo para que yo le colaborara el diligenciamiento de este formulario de este formato” (min. 42:11), admitiendo que la caligrafía de las declaraciones del cuestionario era la suya (min. 35:30), como también lo hizo la segunda de ellas (min. 19:58).

Se trata, hay que resaltarlo, de un hecho admitido, sólo que el demandante agregó que las preguntas no le fueron leídas, mientras que los asesores adujeron que sí lo hicieron.

c. En las mismas declaraciones de asegurabilidad, el señor Vargas autorizó a “cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros y otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas, aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados.” (derivado 036 ed.), sin que se hubiere demostrado que la hoy demandada hizo consulta alguna antes de decidir que asumía los riesgos.

d. Las pólizas de seguro de vida grupo deudores Nos. 022190000133139 y 022230000028645 incluyen el amparo por “incapacidad total y permanente”, que es, según los mismos contratos, “la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación (...) y cuando la pérdida de capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, **sea superior al 50%**” (Se resalta. Fl. 83 vto, derivado 00 del expediente digitalizado).

En estas condiciones la Sala concluye que, según las pruebas recaudadas, el señor Vargas, aunque suscribió las declaraciones de asegurabilidad, no fue la persona que respondió las preguntas incorporadas en los cuestionarios respectivos, pues lo hicieron los empleados del Banco que le prestaban asesoría, sin que se hubiere demostrado que él consintió en esa forma de proceder y que, en adición, las respuestas fueron suministradas por él. No se olvide que los testimonios tienen limitada su eficacia, y que la falta de un principio de prueba por escrito sobre esos hechos constituye indicio grave de inexistencia de los respectivos actos (C.G.P., art. 225).

Pero si alguna duda existe, la ley del consumidor financiero, como se anticipó, exige que ella se resuelva en favor del señor Vargas, razón por la cual la solución de este caso no puede darse bajo el supuesto de

haberse hecho la declaración con sujeción a un cuestionario determinado, sino que debe aplicarse el inciso 2º del artículo 1058 del Código de Comercio, en el que se precisa que, si no hubo preguntas, debe probarse que el tomador encubrió con culpa los hechos -y, en general, las patologías- ya mencionados, y que ellos, además, implicaban la agravación objetiva del estado del riesgo, lo que tampoco se probó por la aseguradora, en franco incumplimiento de la carga impuesta por el artículo 167 del Código General del Proceso.

A lo dicho se agrega que si la aseguradora fue autorizada para consultar la historia clínica y, en general, obtener información médica sobre la salud del señor Vargas, debió obrar con apego a esa dispensa porque así se lo imponía el cumplimiento del deber de diligencia en esa fase precontractual, por lo que no puede ahora enarbolar los vicios de las fallidas declaraciones, pretextando que sólo vino a conocer los datos a propósito de los requerimientos de pago que le hicieron por la realización del riesgo asegurado. Luego, si bien es cierto que la aseguradora no estaba obligada a practicar exámenes médicos, no lo es menos que pudo conocer o debido conocer los hechos antes de expresar su consentimiento, razón por la cual no está habilitada para alegar ahora la nulidad de los contratos.

4. Y como el riesgo asegurado se verificó el 12 de junio de 2018, fecha en que la junta médico laboral No. 101604 clasificó y evaluó la mengua de la capacidad laboral del señor Aldemar Vargas, concluyendo una “disminución de la capacidad laboral del cuarenta punto noventa y dos por ciento (40.92%) restante ya que tiene JML anterior No. 26803/2008 con DCL (11.5%)- y DCL acumulada total del (52.42%)” (pg. 8, archivo “11317910” del derivado 047 del expediente digitalizado), es claro que la aseguradora debió honrar su deber de prestación, consistente en pagar el saldo de las obligaciones a las que se hizo mención.

Una cosa más. No se discute que los consumidores tienen un deber de protección de sus intereses; pero también es claro que, según el

parágrafo 1º del artículo 6º de la Ley 1328 de 2009, su no ejercicio “no implica la pérdida o desconocimiento de los derechos que le son propios ante las entidades vigiladas”, ni las exime de las obligaciones que tienen respecto de aquellos. Por tanto, este argumento no le sirve de estribo a la aseguradora demandada para lograr la revocatoria del fallo que apeló.

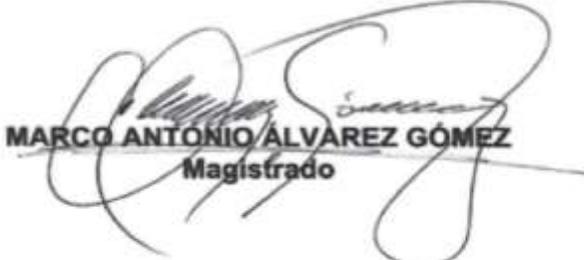
5. Así las cosas, se confirmará la sentencia apelada.

DECISIÓN

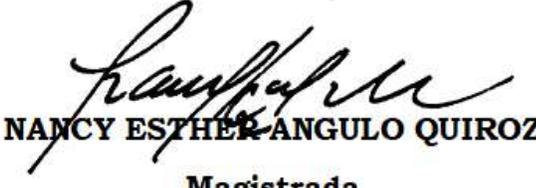
Por lo expuesto, el Tribunal Superior de Bogotá D.C., en Sala Primera Civil de Decisión, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia de 28 de diciembre de 2020, proferida por la Delegatura para asuntos jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia dentro de este proceso.

Costas del recurso a cargo de la parte apelante.

NOTIFIQUESE,



MARCO ANTONIO ALVAREZ GÓMEZ
Magistrado



NANCY ESTHER ANGULO QUIROZ
Magistrada



RICARDO ACOSTA BUITRAGO
Magistrado

Firmado Por:

MARCO ANTONIO ALVAREZ GOMEZ

MAGISTRADO

**MAGISTRADO - TRIBUNAL 006 SUPERIOR SALA CIVIL DE LA CIUDAD DE
BOGOTA, D.C.-SANTAFE DE BOGOTA 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:

dcc37ed0a2b408e6385fed12f6b0756e8739a5d146ae5b08d54d672fe9175335

Documento generado en 06/04/2021 12:44:29 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**