

**REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL**



JUZGADO VEINTIOCHO CIVIL DEL CIRCUITO

Bogotá, D.C., veintitrés de mayo de dos mil veintidós

Proceso: Verbal – Protección del consumidor financiero.
Demandante: Yaneth Patricia Gravino León.
Demandado: BBVA Colombia S.A. y otro.
Radicación: **2019-73974-01**
Providencia: Sentencia de segunda instancia.

Decidese el recurso de apelación interpuesto por la demandada Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. – en adelante BBVA Colombia S.A.- en contra de la sentencia proferida el 14 de octubre de 2020 por la Delegatura de Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, en el proceso verbal iniciado por Yaneth Patricia Gravino León en contra de BBVA Seguros de Vida S.A. y de la aquí recurrente.

La sentencia apelada

1. La autoridad administrativa en ejercicio de funciones jurisdiccionales, declaró fundadas las excepciones de mérito denominadas “la reticencia en el contrato de seguro” y “efectos de la reticencia e inexactitud” planteadas por BBVA Seguros de Vida S.A.; declaró no probadas las meritorias intituladas “cumplimiento pleno” e “inexistencia de incumplimiento” planteadas por BBVA Colombia S.A.; declaró que esta última es civil y contractualmente responsable por el incumplimiento de los deberes de información y debida diligencia en la formalización del crédito y en la comercialización de la póliza de seguros de la codemandada; la condenó al pago de \$41.979.541 por concepto del 60% del saldo insoluto del crédito adquirido por la demandante; y la conminó a remitirle a su adversaria la información detallada de las resultados de la imputación de la condena a la obligación, puntualizando con la debida precisión bien sea el saldo adeudado o el llamado a devolverse.

2. Para soportar su decisión, adujo que la demandante demostró que entre el banco y la compañía de seguros demandadas – en su calidad de tomadora y aseguradora- se celebró un contrato de seguro de vida grupo, con el propósito de amparar a los deudores del primero – en su calidad de asegurados – frente a los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente, esta última llamada a presentarse en caso de que la asegurada pérdida de capacidad laboral superior al 50%. También, ha pagado oportunamente las cuotas del crédito y las primas, las cuales son descontadas a través de descuento por nómina de su asignación salarial, y presentó reclamación para que se pague el crédito con cargo a la aseguradora, pues con posterioridad a su suscripción se determinó que había perdido el 99% de su capacidad laboral, según consta en el dictamen emitido por su Eps.

No obstante lo anterior, advirtió que las súplicas formuladas en contra de la aseguradora no estaban llamadas a prosperar, en la medida en que objetó de manera seria y fundada la reclamación que se le presentó, por cuanto comprobó que la demandada se le había diagnosticado trastornos psiquiátricos con antelación a su vinculación al seguro en comento, y no declaró sobre su patología a pesar de habersele indagado sobre el punto en la declaración de asegurabilidad, situación que objetivamente considerada materializa reticencia, conduce a la nulidad relativa del contrato y autoriza la retención de la prima ya devengada.

Sin embargo, percató que las pretensiones enrostradas al banco si tienen buen recibo, ya que desatendió obligaciones de debida información y diligencia para con el consumidor, puntualizando que están vinculados por un contrato de mutuo “para la compra de cartera”, y que el asesor del banco fue el encargado de ofrecerle la póliza de seguros, y en dicha labor se cometieron una serie de irregularidades que perjudicaron a la demandante.

Sobre el particular, puntualizó que el asesor recogió la firma del demandante en la declaración de asegurabilidad y diligenció mutu proprio el contenido del formulario, sin plantearle las preguntas allí incorporadas, ni advertirle sobre los efectos jurídicos de la reticencia y la posibilidad de contraer el seguro con otra aseguradora, privándolo así de la posibilidad de elegir y de configurar debidamente la vinculación al seguro correspondiente.

Además, resaltó que el comportamiento del asesor no era justificable, pues no tenía claridad sobre las consecuencias jurídicas de la reticencia e inexactitud ni consciencia sobre la trascendencia de la declaración de

asegurabilidad, a pesar de trabajar en la comercialización de seguros desde hace más de doce años, de haber recibido capacitaciones, y de contar con instrucciones en las políticas generales de la compañía.

Siguiendo este derrotero, advirtió que la vulneración de los deberes de información a cargo de la compañía fue la causa determinante para que se dejará de declarar el estado del riesgo, y más tarde saliera avante la objeción planteada por la aseguradora para no pagar la respectiva indemnización; con todo, acotó que la demandante también contribuyó a la causación del perjuicio no agotar una medida de autoprotección, como es el revisar el contenido del contrato. Y, sobre esta base determinó que el banco debía asumir el 60% del saldo del crédito a título de indemnización de perjuicios.

El recurso de apelación.

Inconforme el banco demandado solicitó la revocatoria de la sentencia, aduciendo los reparos que tituló:

(i) No hay certeza de la pérdida definitiva de la capacidad laboral; (ii) La falta de sinceridad de la actora data del año 2013; (iii) Existió posibilidad de acudir a otras entidades para adquirir el seguro; (iv) Independencia de la fuerza externa al banco y ausencia de responsabilidad por el hecho de un tercero; (v) La parte actora crea su propia prueba; (vi) El asesor testifica que la demandante respondió a todas las preguntas; (vii) Falta de conexidad y daño; (viii) La parte actora conocía los efectos de la declaración de asegurabilidad, tracto sucesivo de dos años; (ix) Inexistencia de nexo de causalidad que ate directamente al banco; (x) Conocimiento del asesor de sus funciones; (xi) La actora leyó los documentos y así los reconoció; (xii) La inexistencia de copias podría suplirlas la actora pidiendo los documentos al banco; (xiii) La actora aceptó haber leído el formato de asegurabilidad; (xiv) Contratos coligados, responsabilidad del asesor externo; (xv) Los límites del encargo del asesor y una responsabilidad extracontractual; (xvi) La actora si leyó y comprendió la declaración de asegurabilidad; (xvii) La ausencia de autoprotección del consumidor financiero; (xviii) Ausencia de marco legal o contractual que defina porcentajes extracontractuales; (xix) La entidad financiera responde por los fines del préstamo y o del seguro; (xx) El asesor si dirigió el llenado de las casillas una a una; (xxi) Omisiones del asesor externo no vinculan al Banco; (xxii) Inexistencia de abuso del Banco o de una debilidad manifiesta de la parte actora; (xxiii) Inexistencia de víctima y de victimario, la pérdida de la oportunidad y el daño eventual.

Con base en dichas disensiones, solicitó la revocatoria de la sentencia, o en su defecto que las condenas sean reducidas al valor de las primas canceladas hasta cuando se generó la pérdida de capacidad laboral, o que se reconozca que la sentencia no hace tránsito a cosa juzgada porque la incapacidad total y permanente es transitoria.

Réplica a la apelación

La demandante se opuso al recurso, aduciendo que el estado de invalidez es indubitable, toda vez que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral fue determinado por una entidad del sistema de seguridad social, cosa distinta es que el mismo deba ser revisado cada tres años por imperativo del artículo 2.4.4.3.8.1 del Decreto 1655 de 2015.

Luego, afirmó que el asesor del banco, al rendir testimonio, reconoció que fue él quien diligenció los formatos para la consecución del préstamo y del contrato de seguro, y que lo hizo bajo el entendido de que “el estado de salud de una persona se podría conocer con solo mirar la apariencia física” y de que “el solo podía ofrecer los servicios de la entidad a la cuál representaba”, situaciones que conculcaron el derecho a escoger la asegura con quien contratar, y contribuyeron a la transmisión de información equivocada en la declaración de asegurabilidad.

Y, cuestionó al banco por pretender descargar su responsabilidad en hombros del asesor externo o de la sociedad que intervenía en la comercialización de las pólizas, pues durante el trámite del proceso no solicitó la citación de otros litisconsortes.

Consideraciones

1. Analizados los argumentos del recurso vertical, y tras confrontarlos con el cardumen probatorio, se concluye que la sentencia recurrida debe ser revocada y en su lugar se denegarán las pretensiones de la demanda, por cuanto el juzgador realizó dio por probado sin estarlo que el testigo Imel Pérez tergiversó la identificación del estado del riesgo al diligenciar arbitrariamente la declaración de asegurabilidad, y tampoco reparó en la obligación de declarar sinceramente sobre el estado del riesgo que recae

sobre el tomador de la póliza de seguro de vida grupo – deudores, ni en el predicado de ubérrima buena fe que rodea al negocio aseguraticio.

2. Para fundamentar el argumento central, se recuerda que las súplicas persiguen que la codemandada BBVA Seguros S.A. reconociera la causación del siniestro de incapacidad total y permanente contenida en la vinculación de la demandante a la póliza de seguro de vida grupo de deudores de BBVA Colombia S.A., y como consecuencia se conminará a la aseguradora o el banco encartados a pagar el saldo de crédito equivalente a \$66.857.456 a título de indemnización.

3. En la sentencia apelada se eximió de responsabilidad a la aseguradora por haberse estructurado la reticencia del contrato de seguros, pero se condenó al banco a asumir el saldo del crédito por estimar que la actuación de su asesor comercial condujo a la materialización de dicha inexactitud, pues desfiguró el estado del riesgo y suplantó a la demandante en la absolución del cuestionario incorporado en la declaración de asegurabilidad, aunque dicho saldo fue disminuido porque la asegurada no agotó medidas de autoprotección del consumidor financiero como es leer la documentación que a rubricó.

4. Tras los títulos referidos en los motivos de disensión, se plantearon en compendio las siguientes inconformidades:

- El siniestro no se estructuró, por cuanto la demandante tiene la obligación legal de revisar su estado de invalidez cada tres años.
- Los daños reconocidos en la sentencia no son imputables al banco, por cuanto el asesor comercial no era empleado suyo, sino de un tercero cuya actuación no compromete su órbita jurídica.
- No se acreditaron los hechos constitutivos de responsabilidad, por cuanto la demandante tuvo la posibilidad de leer la declaración de asegurabilidad y conocer los efectos de la reticencia, sumado a que el asesor comercial le formuló el cuestionario plasmado en ese documento, dando lugar a que los espacios fueras completados directamente por la asegurada o con información proporcionada por aquella.

Precisados los contornos de la apelación, esta superioridad se detendrá sobre el último bloque de réplicas por ser las que conducen a la revocatoria de la decisión cuestionada.

5. La negativa de las pretensiones, encuentra soporte en el imperativo contenido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el cual determina que: *“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.*

“Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

“Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

“Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican 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, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”.

5.1. La norma en comento contempla la obligación del asegurado de declarar sinceramente sobre el estado del riesgo, que no es una exigencia caprichosa sino un imperativo de buena fe sobre el cual descansan los cimientos de la institución del aseguramiento, en la medida en que la traslación de riesgos que implica la celebración de este contrato se justifica en razón de la credibilidad que le otorga la aseguradora a la declaración del tomador, ya que la contemplación de la misma le permite tomar la decisión de asumir el riesgo involucrado en el contrato, hacerlo en condiciones más onerosas a las inicialmente ofrecidas, o dejar de celebrar el negocio asegurativo.

5.2. Y, ha sido explicado por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en los siguientes términos:

“Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiere en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio” (Casación Civil de 4 de marzo de 2016, Expediente No. 05001-31-03-003-2008-00034-01).

6. Ahora bien, el inciso primero del artículo 9º de la ley 1328 de 2009, determina el contenido mínimo de la información al consumidor financiero, cuando prevé que: *“En desarrollo del principio de transparencia e información cierta, suficiente y oportuna, las entidades vigiladas deben informar a los consumidores financieros, como mínimo, las características de los productos o servicios, los derechos y obligaciones, las condiciones, las tarifas o precios y la forma para determinarlos, las medidas para el manejo seguro del producto o servicio, las consecuencias derivadas del incumplimiento del contrato, y la demás información que la entidad vigilada estime conveniente para que el consumidor comprenda el contenido y funcionamiento de la relación establecida para suministrar un producto o servicio. En particular, la información que se suministre previamente a la celebración del contrato, deberá permitir y facilitar la adecuada comparación de las distintas opciones ofrecidas en el mercado”.*

7. Sin embargo, no debe perderse de vista que el derecho en comento integra una unida con la obligación contenida en el párrafo 2º del artículo 6º de la ley 1328 de 2009, el cual dispone que *“Los consumidores*

financieros tendrán el deber de suministrar información cierta, suficiente y oportuna a las entidades vigiladas y a las autoridades competentes en los eventos en que estas lo soliciten para el debido cumplimiento de sus deberes y de actualizar los datos que así lo requieran. Del mismo modo, informarán a la Superintendencia Financiera de Colombia y a las demás autoridades competentes sobre las entidades que suministran productos o servicios financieros sin estar legalmente autorizadas para ello”.

Como tampoco puede hacerse caso omiso de las medidas de autoprotección plasmadas en los literales b), c), y d) del inciso primero del artículo en comento, que en su orden consistente en “*informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas*”; y, “*observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros*”, y “*revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos*”. Conductas que – en si mismo consideradas – no constituyen un eximente de responsabilidad para dispensar la infracción de deberes a cargo de las entidades financieras, pero cuya omisión no puede pasar inadvertida en el momento de fijar el importe de eventuales indemnizaciones.

8. Bajo el anterior prisma normativo, observase que en el interrogatorio parte absuelto por Hernando Blanco García – en calidad de representante legal del banco demandado - no se reconocieron los hechos con que se fundamentó la pretensión de responsabilidad que se le endilga.

Por el contrario, aquel se refirió al protocolo que agota la entidad que representa al poner de presente que: (i) el diligenciamiento de los formularios de vinculación al seguro de vida deudores lo hace el consumidor financiero, quien lo debe referir con detalle sus antecedentes de salud y contestar el cuestionario que allí se plasma; (ii) cuando aquél no lo realiza por alguna circunstancia, lo puede hacer el asesor financiero con la carga de realizar las preguntas y consignar las respuestas correspondientes; (iii) el asesor debe informar cuales son las coberturas del aseguramiento, cual es la función de la declaración de asegurabilidad, las consecuencias de la reticencia, e impartir la directrices de leer el formulario y rubricarlo; (iv) el asesor debe obtener la firma de los documentos adicionales como el pagaré en blanco que eventualmente soporte el crédito, la libranza que autorice los descuentos por nómina, y

los desprendibles de pago de nómina que den cuenta de la solvencia financiera del potencial deudor; (v) la oficina de riesgos de la entidad determina si otorga, o deja de otorgar, el producto financiero previa contemplación de la documentación que soporta a la solicitud; y, (vi) el cliente cuenta con la posibilidad de solicitar copias, bien sea por conducto del asesor o de la red de oficinas del banco.

9. Y, aquí subyace el defecto de valoración probatoria del juzgador, pues contrario a lo concluido el testigo Imel Rueda Ardila, en condición de intermediario de las entidades financieras demandadas en la comercialización de la compra de cartera y la vinculación al seguro de vida grupo de deudores, de ninguna manera atestó que hubiere llenado la declaración de asegurabilidad de manera arbitraria, ni mucho menos que con su comportamiento se hubiere tergiversado la presentación del estado del riesgo.

Aquí se resalta que el testigo aceptó que – en atención a la dinámica de la reunión – fue el encargado de completar los espacios contenidos en la declaración de asegurabilidad – con obvia excepción de la rúbrica que fue impuesta por la asegurada -, pero también señaló que su labor no fue arbitraria o divorciada de la voluntad de la consumidora financiera, pues se limitaba a consignar las respuestas que aquella le proporcionaba a las preguntas alusivas a su estado de salud, las cuales le formulaba verbalmente mientras se diligenciaba la documentación del crédito.

Esto implica que el asesor no se inventó el contenido que finalmente se plasmó en el formulario en cuestión, pues al margen de la colaboración manual proporcionado en su llenado no incidió en la respuesta los interrogantes que singularizaban el estado del riesgo.

En este punto, no es de recibo poner en tela de juicio la declaración del testigo, aduciendo que el mismo no tenía claridad sobre los efectos de la reticencia o de la inexactitud de la declaración de asegurabilidad, **toda vez que la obligación de declarar sinceramente sobre el estado del riesgo está radicada en cabeza de la asegurada por imperativo legal y por la naturaleza misma del contrato de seguro, y la falta de versación del asesor sobre unos efectos jurídicos – en si misma considerada – es insuficiente para justificar que la mendacidad o tergiversación de las condiciones reales de salud atribuibles a la propia asegurada.**

Aquí se resalta que el testigo declaró – por demás atinadamente –, que en su labor de comercialización de pólizas de seguros o productos financieros,

no tiene facultades para poner en entredicho la seriedad de la información que le proporcionan los clientes cuando solicitan dichos servicios o declaran sobre su estado de salud, pues proceder semejante implicaría desconocer la buena fe de la declaración de aquellos, que por demás no debe ser evaluada por el asesor que promociona el producto sino por los encargados de otorgar el crédito o de estudiar la reclamación del siniestro.

10. Aunado a lo anterior, la demandante reconoció que impartió su firma en la declaración de asegurabilidad, pero que no leyó las advertencias plasmadas del documento, omitiendo así la adopción de medidas de autoprotección del consumidor financiero, por dejar de informarse sobre las condiciones de los productos que iba adquirir, y no revisar los términos del respectivo contrato o sus anexos.

Falencia que se articula con el quebranto de los deberes de declarar sinceramente sobre el estado del riesgo, y de proporcionar la información que las entidades financieras requerían para el cumplimiento de sus deberes, respectivamente contempladas en la codificación comercial y en la legislación especial del consumidor financiero, cuyo acatamiento no puede ser dispensado con la peregrina excusa de no tener consciencia sobre la suscripción de una póliza de seguros, pues la misma se descarta con el simple hecho de haber presentado una reclamación posterior de los amparos y coberturas de la misma.

11. En consideración de la derrota de la consumidora financiera, deberá ser condenada en costas de ambas instancias, lo anterior de acuerdo con el numeral 4º del artículo 365 del Código General del Proceso.

Decisión.

Con base en lo expuesto, el Juzgado Veintiocho Civil del Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

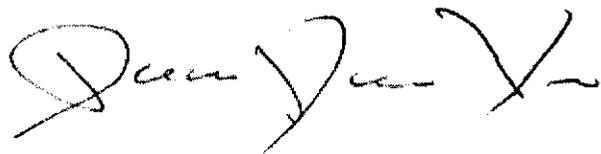
Resuelve

Primero: Confirmar el ordinal primero de la sentencia recurrida, por cuanto denegó las pretensiones formuladas en contra de BBVA Seguros de Vida S.A.

Segundo: Revocar los demás ordinales de la parte resolutive del fallo opugnado, y en su lugar se deniegan las pretensiones de la demanda.

Tercero: Condenar a la demandada en costas de ambas instancias, para su cuantificación se fija la suma de \$1.000.000,00 como agencias en derecho de esta instancia.

COPIESE, NOTIFIQUESE Y DEVUELVA SE,



NELSON ANDRES PEREZ ORTIZ

JUEZ



República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público
Juzgado Veintiocho Civil
del Circuito de Bogotá D.C

El anterior ^{sentencia} ~~auto~~ se Notifico por Estado

No. 028 Fecha 24 MAY 2022

El Secretario(s).

