

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARENTA Y DOS CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
Bogotá, D.C., veintiocho (28) de febrero de dos mil veinticuatro (2024).

Expediente No. 11001-31-99-003-2021-03766-01

I. ASUNTO

Procede esta instancia a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte de la BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. contra la sentencia proferida el 4 de agosto de 2022¹ por la Superintendencia Financiera dentro del proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

1) PETITUM:

El señor José Luis Román García, por medio de apoderado judicial, solicitó las siguientes peticiones:

“PRIMERA: Declarar la protección al consumidor que establece la ley 1480 de 2011, por incumplimiento al deber legal de la información, clara, oportuna y veraz, y prospere la cobertura de la incapacidad total y permanente del 54.98% en la Póliza No VGDB-236, mediante la cual se pactaron en el contrato de seguros vida deudores entre el Sr. JOSE LUIS ROMÁN GARCIA y la entidad ASEGURADORA BBVA COLOMBIA S.A, ofrecida por el BANCO BBVA S.A. SEGUNDA: Declarar Civilmente responsable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A por el incumplimiento del contrato M026300110236207749619632647 de seguros de vida deudores cuyo asegurado es el Sr. JOSE LUIS ROMÁN GARCÍA que ampara el crédito No 0013- 0158-6-4-9619632647. TERCERA: Declarar Civilmente responsable al BANCO BBVA S.A por el incumplimiento al contrato de seguros por falta al deber de la información clara, oportuna y veraz, al consumidor y procedimiento y omisión al diligenciamiento del formulario, No. M026300110236207749619632647, así también en la omisión de información sobre las exclusiones a clausulados abusivos ocultas, en el momento del desembolso del crédito No. 0013-0158-6-4-9619632647, cuyo asegurado es el Sr. JOSE LUIS ROMÁN GARCÍA.

¹ Cdo01.1 pdf202

CUARTA: Declarar infundada la reticencia, en las cuales versa la ASEGURADORA BBVA DE COLOMBIA S.A en respuesta del 22 de febrero del 2021 a la objeción del siniestro. QUINTA: Declarar Civilmente responsable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y se vincule al proceso por responsabilidad solidaria al BANCO BBVA S.A al pago al Sr. JOSE LUIS ROMÁN GARCÍA, la suma asegurada POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, con amparos en el contrato de seguros, Póliza No VGDB-236, que corresponde a la suma de \$51.000.000 CINCUENTA Y UN MILLON DE PESOS m/te, junto a los intereses de mora conforme a lo normado al Art. 1080 del código de comercio, liquidados desde el mes siguiente a la fecha que se presentó la reclamación, es decir desde el 18 de Febrero del 2021, y los que se acusen hasta la fecha efectiva de la sentencia”.

2). CAUSA:

Los fundamentos de hecho en que se soportaron las pretensiones admiten el siguiente compendio:

2.1 El día 26 de febrero de 2020 el demandante de 50 años de edad, siendo funcionario de la Policía Nacional, inicia estudio de crédito con la entidad BANCO BBVA mediante el formulario de solicitud de certificado individual de seguro de vida grupo deudores N.º M026300110236207749619632647

2.3. Señala el demandante que, el Banco BBVA solicitó el formulario firmado en blanco, sin preguntar o indagar sobre el interrogatorio que se encuentra consignado en el mismo, tampoco se le informó al consumidor financiero frente a las coberturas, exclusiones, posibles reclamaciones y objeciones que se derivan de la póliza de vida deudor, tal y como lo establece la ley 1480 de 2011 y la ley 1328 de 2009.

2.4 Indica que, el día 20 de marzo de 2020, le es aprobado el crédito, según tabla de amortización del Banco BBVA, posterior 22 días y en base del estudio del formulario le es aprobado crédito de libranza con el BANCO BBVA N.º 00130158009619632647, por el valor de \$51.000.000 (CINCUENTA Y UN MILLÓN DE PESOS), en un plazo de 120 meses, con cuota mensual de \$751.964. (SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL NOVEESCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS), igualmente dentro de la obligación se cancela de manera mensual la prima de seguro por un valor de \$38.250 (TREINTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS)

2.5. Así las cosas, se procedió a solicitar el formulario de asegurabilidad de póliza de vida deudor a la entidad Banco BBVA, y se hallaron las siguientes inconsistencias: “1. Información amparos vida incapacidad total y permanente: fecha de vigencia desde y vigencia hasta. 2. Datos del seguro: número de obligación prima mensual, prioridad y valor

prima total 2- de 133. Beneficiarios del seguro: Se encuentra en BLANCO la casilla nombre completo de identificación de los beneficiarios, parentesco y porcentaje de participación. 4. Frente a la declaración de asegurabilidad: frente a las siguientes preguntas: ¿ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epocasma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía? Respuesta marcada por alguien diferente al asegurado: NO. ¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? Respuesta marcada por alguien diferente al asegurado: NO ¿Ha sido sometido alguna intervención quirúrgica? Respuesta marcada por alguien diferente al asegurado: NO. ¿Sufre alguna incapacidad física o mental? Respuesta marcada: NO. ¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado Respuesta marcada: NO ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? Respuesta marcada: NO. Como se puede evidenciar “Respuesta marcada por alguien diferente al asegurado: NO” con ello NO le fueron realizadas e indagadas en su presencia y menos con el consentimiento del asegurado José Luis Román García ,denegado y cercenado el derecho de diligenciar y lo más importante contestar el cuestionario del formulario de asegurabilidad, desconociéndose el llenado del mismo respuesta a la opción NO, esto quedó demostrado con prueba pericial aportada a la presente demanda, donde el grafólogo forense MARIO EFRAIN MURCIA PRIETO concluye: “los escritos motivo de estudio obrantes en el documento objeto de controversia, no se identifican con los acopios gráficos aportados como indubitados del señor JOSE LUIS ROMAN GARCIA”.

2.6. Que entre el 26 de febrero de 2020 y el 20 de marzo de 2020 existió tiempo suficiente para que la entidad BBVA seguros, realizara estudios correspondientes, a la condición de salud del consumidor, y la viabilidad en la aceptación de la póliza, tal y como lo expone las sentencias la T-222 del 2014 y la T- 591 del 2017 en la que se exhorta a la entidad aseguradora en los siguientes puntos: 1. La Aseguradora (BBVA)debió conocer o haber conocido las patologías de la asegurada por el medio más expedito, pero resaltaría la omisión de esta carga no puede resultar favorecida la aseguradora, cuando en un posible proceso jurídico argumente conceptos como reticencia y preexistencia no generados por el asegurado 2. La obligación de la entidad de realizar el examen médico 3. la entidad debió retraerse o hacer más oneroso el valor de la prima en el contrato de seguro. con ello violando el procedimiento hacia el consumidor, con la colocación del ramo de seguros al público.

2.7. El día 30 de octubre del 2020 mediante Junta Medico Laboral No 9779, califican al señor JOSE LUIS ROMÁN GARCÍA con una DISMINUCIÓN DEL (54.98%) CINCUENTA Y CUATRO PUNTO NOVENTA Y OCHO POR CIENTO DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL, con antecedentes afecciones secuelas: “A. ANTECEDENTES

LESIONES AFECCIONES SECUELAS: • A.1 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL CON PTA PROMEDIO 26,25 DB • A.2 LUMBALGIA CRONICA SECUNDARIA A DISCOPATIA L2-L3 • A.3 AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCION 20/25 AMBOS OJOS, QUE CORRIGE 20/20 AMBOS OJOS. DX PRESBICIA. • A.4 GONALGIA IZQUIERDA SECUNDARIO A CONDROMALACIA PATELAR GRADO II CON RODILLA ESTABLE SIN SECUELAS FUNCIONALES. • A.5 CICATRIZ NO QUIRURGICA DESCRITA, QUE NO GENERA DEFORMIDAD, NI DESFIGURACION, NI LIMITACION FUNCIONAL”.

2.8. Con lo anterior, indica el demandante que, cumple con todos y cada uno de los requisitos que fue pactada la cobertura DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE por el valor de \$51.000.000 CINCUENTA Y UN MILLON DE PESOS M7CTE de la póliza de vida de deudor tal y como se establece clausulado póliza vida deudores anexo incapacidad total y permanente y: “1. amparos y Anexos para la póliza deudores continuación: → Cumple con la edad definida en las condiciones generales de la póliza. → Cumple con la edad 52 años definida para la indemnización. → Cumple con la incapacidad total y permanente superior al 50% posterior de haber firmado la póliza. → Se encuentra al día con el pago de la prima mensual. 4- de 13 → Este beneficio incluye a los regímenes especiales y se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad que le impida realizar la actividad u ocupación que venía desempeñando. → Esta incapacidad no fue provocada por el asegurado, sino que fue calificado por patologías. Por ello no veo la razón de que la Aseguradora BBVA rechace el siniestro, cubierto por el contrato de seguros”.

3). ACTUACION PROCESAL:

El litigio así planteado se admitió el 10 de septiembre de 2021², ordenando el enteramiento de la entidades demandadas, quien puestas a juicio contestaron la demanda oponiéndose a las pretensiones y formularon las excepciones de mérito que denominó así; por parte del BANCO BBVA COLOMBIA S.A.³: “Falta de legitimación en causa por pasiva”; “Cumplimiento de lo pactado en el contrato de productos bancarios” y “cobro de lo no debido y excepción genérica”

De otro lado, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. excepcionó⁴ “ausencia del siniestro”, “nulidad relativa del contrato de seguro”, “Nulidad absoluta del contrato de seguro por causa ilícita falta de interés y riesgo asegurable”, “falta de legitimación en la causa por activa (el beneficiario a título oneroso es BBVA Colombia S.A.”, “Cumplimiento a cabalidad de todos los deberes a cargo de BBVA SEGUROS” y “Excepción genérica”

² PDF006 Cdo 01.1

³ Pdf0023 fL.10-12

⁴ Pdf039 Fls.5-12

Agotado el trámite de la instancia, el juzgador a quo profirió sentencia negando las pretensiones de la demanda respecto al Banco BBVA Colombia S.A. declarándole probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva y de oficio se declaró “ausencia del daño a cargo de BBVA COLOMBIA S.A.”. De otro lado, frente a la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se declara “contractualmente responsable a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. respecto al no reconocimiento del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 219 0000368265, con certificado individual No 0013-0158-67- 401532747 en la cual fungió como tomador BBVA COLOMBIA S.A., asegurado el demandante, vinculada a la obligación 0013-0158-00-9619632647” y en consecuencia se condena al pago de la suma de “\$51’000.000 por la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 219 0000368265, con certificado individual No 0013-0158-67-401532747 vinculada a la obligación No. 0013-0158-00-9619632647”.

4. Inconforme con lo así resuelto, la Aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. formuló recurso de apelación que fue concedido en el efecto de ley, situación por la que se encuentra el expediente ante este despacho.

III. FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA

El a quo, centra su fundamento jurídico en el Estatuto orgánico del sistema financiero, el Decreto 2555 de 2010 y la circular básica jurídica, debiéndose resaltar también que en materia de protección al consumidor se aplicará lo dispuesto en la ley 13 a 28 de 2009 y en los no regulado por esta ley en lo que prevé la Ley 1480 de 2011.

Puesto de presente ya el marco normativo, y estando las pretensiones formuladas por la parte actora determinadas, procede el despacho en un primer momento al análisis de la reclamación efectuada frente a la póliza de seguro de vida grupo deudores terminada en número 8265, certificado individual terminado en 2477, en la cual el tomador fue el Banco BBVA Colombia SA.

El asegurado el demandante y esta reclamación se presentó para afectar el amparo de incapacidad total y permanente para que, superado ese estudio, se proceda a establecer o no la existencia de una responsabilidad contractual, también de una de la entidad financiera, en el marco del contrato de mutuo celebrado por el actor con BBVA Colombia SAYE identificado bajo el número de obligación que termina en 2467.

Según la documentación y el clausulado contractual aportado por las partes en el numeral primero, concretamente, en el numeral 11, en el amparo de incapacidad total y permanente, la definición de este amparo aplicable al demandante es la siguiente, si durante la vigencia

de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado, la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, así como asegurado, sufre una incapacidad que impida en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación, siempre que no haya sido provocada.

El asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado. Solo se considerará como incapacidad total y permanente para efectos de este seguro, con independencia de si pertenece o no a un régimen especial de calificación de invalidez, cuando exista una calificación de pérdida de capacidad laboral en firme realizada por la EPS la ARLO, la FPA la cual se encuentra afiliado, o por la Junta regional o nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma pérdida de capacidad laboral igual, superior al 50%, la fecha de siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación, y en el documento denominado consulta de póliza se encuentra que la vigencia de la misma es de 120 meses, con fecha de apertura del 20 de marzo de 2020.

Del mismo modo, también se advierte en aquel documento que según se registró la información del demandante en el ítem de esa consulta de póliza, en lo relacionado con ocupación se registró la calidad de pensionado, en este caso en particular, debe decirse que la compañía de seguros no ha demostrado, pese a su carga, que la calificación efectuada al actor no cumpliera con las condiciones requeridas del amparo, ya que la condición de invalidez requerida no solo debe tenerse en cuenta lo dispuesto hasta el que hasta el momento sea leído, sino también lo que se ha definido en el propio amparo en el que se establece el porcentaje aplicable a un 50%.

Esto debe estudiarse también a la luz de lo dispuesto en el Decreto 1157 de 2014, por el cual se fija el régimen de asignación de retiro a un pensional de la Policía Nacional y de pensión de invalidez para el personal uniformado de la fuerza pública en este. En este decreto se reconoce la pensión desde el 50% del porcentaje de pérdida de capacidad laboral, condición que se acredita en este caso que acredita el elemento requerido por la compañía de seguros en la definición de amparo, circunstancia que sin más lleva a tener por demostrado este elemento.

Además, se insiste, no reposa elemento probatorio alguno que permita inferir que el actor sigue prestando servicios para las fuerzas militares, como se adujo en este medio de defensa, al punto que la asesora que le ofreció el crédito que sirve de base a esta acción reconoció que él tenía la calidad de pensionado y esto coincide con el registro de la ocupación en el documento de consulta de póliza llegado por la demandada y además, en la certificación expedida por el Centro Integral de Trámite, y servicio CITSE, en el cual se hace constar lo siguiente, que el señor Román García José Luis, devenga asignación pensional de retiro por cuenta de esta entidad, esta certificación fue expedida el día 6 de

septiembre de 2021 por el coordinador del Centro Integral de trámites y Servicios de la Policía Nacional y no ha sido desconocida por ninguno de los opuestos procesales en este asunto.

En síntesis, la aseguradora demandada en este caso no logró acreditar en la presente actuación las causales excluyentes de responsabilidad aducidas desde la reclamación extraprocesal con consecuencialmente se encuentra que BBVA seguros de Vida Colombia sea contractualmente responsable frente al no reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de seguro de vida grupo deudores, terminada en 8265, con certificado individual terminado en 2747, en el cual fungió como tomador BBVA Colombia SA asegurado el demandante y que dicho contrato de seguros vinculó a la obligación de crédito terminado en 2647 por el valor de 51.000.000 de pesos.

Por lo que ordena el pago de los intereses de mora conforme lo dispone el artículo 1.080 del Código de Comercio, el cual deberá liquidarse desde el mes siguiente a la fecha en que se acreditó la ocurrencia y cuantía del siniestro, y esto debe hacerse hasta la fecha efectiva del pago. En este sentido, y visto que la reclamación se presentó el 18 de febrero de 2021, como lo reconoció la compañía de seguros al pronunciarse frente al hecho décimo de la demanda.

En conclusión, no prospera la defensa de la aseguradora, y se condena a la misma por encontrarse probada su responsabilidad contractual derivada de la póliza de seguro, de otro lado, respecto al Banco BBVA se declaró la falta de legitimación en la causa.

V. LA APELACIÓN

Inconforme con la anterior determinación el extremo demandado BBVA SEGUROS DE VIDA S.A., reiterando su excepción de “ausencia de cobertura del seguro” pues demostró que el amparo adicional de incapacidad total y permanente que contempla el seguro de vida adquirido por el demandante exige conforme sus condiciones generales, que se presenten las siguientes circunstancias:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

De allí, podemos extraer que para que el siniestro se materialice a la luz del seguro de vida grupo deudores, debe presentar el asegurado una incapacidad total y permanente, que tenga la entidad de impedirle realizar cualquier tipo de actividad u ocupación.

Dicho lo anterior, se resalta que en el presente asunto muy a pesar de que el demandante presente un dictamen de pérdida de capacidad laboral, que excede el 50%, lo cierto es que el mismo no demostró que dicha incapacidad le impidió realizar cualquier tipo de actividad u ocupación, puesto que dicha prueba documental solo hace referencia a su capacidad laboral para la actividad como policía, la cual no realizaba desde el 2018 por cuanto en dicho año se retiró.

Así las cosas, obvió la Delegatura, la confesión efectuada por José Luis Román en la audiencia inicial (minuto: 27 con 24 segundos de la grabación) y en la que advertía que desde el año 2018 (fecha en la que se retiró de la Policía) y hasta la actualidad, se desempeñaba o estaba ocupado en el oficio de la conducción.

Eso quiere decir, que para el momento en que el señor José Luis Román decide adherirse al contrato de seguro de vida grupo deudores, administrado por mi representada (16 de febrero de 2020), su actividad o oficio actual, era el de conductor. De igual forma y a pregunta que le realizara el suscrito (minuto 27:35) el señor José Luis Román manifestó que desde su retiro de la Policía (año 2018) y hasta la fecha de la audiencia (06 de mayo de 2022), se desempeñó en la misma actividad u oficio de conductor de vehículo.

2. Respecto de la ausencia de requisitos esenciales: Por otra parte, se puede indicar también que producto de la practica probatoria, se pudo determinar: (i) que el señor José Luis Román conocía para el 26 de febrero de 2020 (fecha en la que se suscribió el seguro) que su porcentaje de pérdida de capacidad del 46.5%¹ se iba a incrementar, pues tal y como lo confesó en la audiencia inicial (minuto 29:00), dichas juntas médicas NO le habían tenido en cuenta varias enfermedades que ya se la habían diagnosticado y que finalmente fueron las que terminaron aportando los índices faltantes para obtener un porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 50%.

Que desde su retiro de las fuerzas en el año 2018 y por lo menos hasta la fecha de audiencia inicial, el señor José Luis Román se dedicó al oficio de conductor (minuto 27:24)

Así las cosas y al haberse demostrado que el demandante conocía que su porcentaje de pérdida de capacidad laboral debía ser aumentado con ocasión a las enfermedades que padecía y que no le habían tenido en cuenta para tales efectos, se tiene que en para este contrato de seguro no existiría riesgo asegurable y por lo tanto el contrato de seguro sería ineficaz. Por su parte y respecto del interés asegurable, el artículo 1083 del código de comercio

3. Respecto de la nulidad relativa del contrato de seguro (art 1058 C. Com) Frente a la prueba de la preexistencia de circunstancias que incidían en el estado de riesgo, y tal como lo manifestó la delegatura en la sentencia, las mismas se demostraron con los siguientes elementos de prueba: 1) Documental consistente en la copia del acta de junta médica laboral 9779 de la Policía Nacional, practicada al señor José Luis Román y en la que se deja registro de: - Dos juntas médicas laborales anteriores, practicadas para los años 2002, 2017 y esta última confirmada por un tribunal médico laboral, que le diagnosticaban una pérdida de capacidad laboral al demandante, del 46.45% - Conceptos de especialistas comunicados al asegurado, donde se le informaba que padecía de hipoacusia, lumbalgia crónica secundaria a discopatía l2-l3, presbicia, gonalgia, discopatía lumbar, enfermedad articular degenerativa en hombros, carpos, rodillas, pies, región lumbar. 2) Confesión del demandante, quien en audiencia inicial (minuto 27:45 y adelante) deja constancia de que el mismo había sido diagnosticado y valorado en las juntas médicas anteriores, aunado al hecho de que había sido tratado y diagnosticado por los padecimientos anteriormente descritos. 3) Declaraciones del galeno César Carrascal, quien, con su estudio del caso y sus particularidades, confirmaron la existencia y conocimiento que tenía el señor José Luis Román, de las previas calificaciones de pérdida de capacidad y enfermedades y tratamientos reseñados con anterioridad.

Frente al componente subjetivo de la nulidad, tercer elemento requerido y que hace referencia a que mi representada hubiese variado las condiciones del seguro de haber conocido las enfermedades presentadas por el señor José Luis Román, se tiene que la misma si se demostró con los siguientes elementos de prueba: 1) Declaración del representante legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la cual se recolectó no solo a través de interrogatorio sino también como declaración de parte y en la que el citado funcionario manifestó: (i) Que BBVA Seguros utiliza un cuestionario preimpreso a título de declaración de asegurabilidad, con el que se indagan de primera mano las circunstancias que son relevantes para determinar las condiciones del seguro y más específicamente si

para el caso en particular, se decide asumir el riesgo como NORMAL. (ii) Que de no existir ninguna respuesta afirmativa a los cuestionamientos planteados en la declaración de asegurabilidad, el riesgo se tarifica y asume como un riesgo NORMAL y por ello no hay necesidad de remitir al buzón de exámenes médicos, para definir el porcentaje de la prima. (iii) Que en el presente caso y en vista de que el demandante NO afirmó estar inmerso en alguna de los eventos planteados en los cuestionamientos de la declaración de asegurabilidad, la compañía asumió el riesgo como NORMAL. 2) Declaración del Dr Cesar Carrascal, testigo técnico que fue solicitado desde la misma contestación de la demanda con el cual se indicaba en aquella oportunidad, se demostrarían “las razones técnicas que inciden en la tarificación de los riesgos y por lo tanto, la trascendencia de la inexactitud del asegurado.” De dicha declaración tomada en la audiencia de instrucción y juzgamiento, podemos extraer: (i) Que las enfermedades y porcentaje de calificación de pérdida de capacidad laboral presentadas por José Luis Román eran relevantes, pues hacían más plausible y probable que se configurara una incapacidad total y permanente (ii) Que, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que le habían previamente diagnosticado al señor José Luis Román hacía mucho más probable que se materializara el riesgo amparado y que por ello y en su concepto, BBVA Seguros de haberlo sabido, probablemente ni si quiera hubiese decidido asegurarlo.

V. CONSIDERACIONES

1). Sea lo primero advertir la presencia de los presupuestos procesales necesarios para considerar válidamente trabada la relación jurídico-procesal y la ausencia de vicios con fuerza suficiente para invalidar la actuación, supuestos que permiten al tribunal dirimir de fondo el asunto puesto a su consideración.

2). Adicionalmente que la competencia de este despacho se limita al examen de los puntos específicos objeto del recurso expuestos por la sociedad demandada, en aplicación a lo consagrado en el artículo 328 del Código general del Proceso, según el cual “El juez de segunda instancia deberá pronunciarse solamente sobre los argumentos expuestos por el apelante, sin perjuicio de las decisiones que deba adoptar de oficio, en los casos previstos por la ley.”

3). La acción de protección al consumidor instaurada se dirige a que se condene a la entidad BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. al pago de la póliza de seguro adquirida con el Banco BBVA Colombia S.A., al haberse probado los requisitos de la reclamación del seguro por parte del demandante.

4). ACCIONES DEL CONSUMIDOR

Nuestro Legislador, consciente de que los productores y distribuidores de bienes o prestadores de servicios pueden incurrir en prácticas con las cuales los consumidores podrían ver afectados sus derechos, les otorgó mecanismos de carácter jurisdiccional expeditos encaminados a restablecer el equilibrio, que en no pocas ocasiones se ve afectado debido al tráfico comercial y las condiciones del mercado.

Es así como las leyes 1328 de 2009 y 1480 de 2011 consagran mecanismos para procurar la protección efectiva de los consumidores, bien sea ante los jueces o la autoridad administrativa; es así como el artículo 57 de la primera ley mencionada, dispone:

“(…) los consumidores financieros de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia podrán a su elección someter a conocimiento de esa autoridad, los asuntos contenciosos que se susciten entre ellos y las entidades vigiladas sobre las materias a que se refiere el presente artículo para que sean fallados en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez.”

En virtud de la especial connotación que tienen las acciones de protección al consumidor, éste podrá ejercerlas ante la Superintendencia Financiera de Colombia cuando se vea afectado, “exclusivamente con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento, o inversión de los recursos captados del público”, en virtud de una relación de consumo, porque de lo contrario para su reclamación deberá acudir a las normas generales y a través de la vías jurisdiccionales ordinarias, requiriéndose para su ejercicio i) presentar previamente la reclamación directamente ante la entidad presuntamente trasgresora (art. 58-5 Ley 1480) y ii) que el afectado sea un consumidor.

5). CONTRATO DE SEGURO:

A partir de la vigencia el Código de Comercio (Decreto 410 de 1971), toda la materia de seguros quedó regulada en el Título V, “Del contrato de seguro”, de su Libro Cuarto, “DE LOS CONTRATOS Y OBLIGACIONES MERCANTÍLES”, reglamentación que señalaba inicialmente:

“El seguro es un contrato solemne, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva” y que “se perfecciona desde el momento en que el asegurador suscribe la póliza” (artículo 1036). Así pues, se tiene que los contratos de seguros surgen con el fin principal de proteger los intereses particulares contra pérdidas provenientes de imprevistos. Si bien no existe definición legal de esta figura, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, entiende el contrato de seguro como aquel “en virtud del cual una persona -el

asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”⁵

Luego de la ley 389 de 1997, el artículo 1036 del Código de Comercio, describiría las principales características del contrato de seguro, así: consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva. Las mismas han sido explicadas por la Corte en la sentencia T-086 del año 2012 como:

“Es consensual, en la medida en que se perfecciona y nace con el sólo consentimiento, desde el momento en que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador sobre los elementos esenciales del contrato de seguros. Es bilateral, por cuanto las partes se obligan recíprocamente, genera obligaciones para las dos partes contratantes: para el tomador, la de pagar la prima, y para el asegurador, la de asumir el riesgo y, por ende, la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona. Es oneroso porque es un contrato que reporta beneficio o utilidad para ambas partes. El gravamen a cargo del tomador es el del pago de la prima y el del asegurador es el pago de la prestación asegurada en caso de siniestro. Es aleatorio por cuanto en el contrato de seguros tanto el asegurado como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia del siniestro. Es de ejecución sucesiva, puesto que las obligaciones a cargo de los contratantes se van desarrollando continuamente hasta su terminación”

El contrato de seguro se perfecciona con el consentimiento de los contratantes, tomador y asegurador, y puede probarse ya sea por cualquier medio autorizado en la ley, ya sea por confesión o por escrito, siendo el documento el medio más común y para efectos probatorios la sociedad debe entregarla dentro de los 15 días siguientes a la celebración del acuerdo. En consonancia con ello, previó que *“el documento por medio del cual se perfecciona y prueba el contrato de seguro se denomina póliza”, el cual “deberá redactarse en castellano, ser firmado por el asegurador y entregarse, en su original, al tomador, dentro de los quince días siguientes a la fecha de su expedición” (art. 1046; se resalta). De ahí pues que se tenga que, hacen “parte de la póliza”, tanto “la solicitud del seguro firmada por el tomador”, como “los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar” la misma, de conformidad a lo establecido en el artículo 1048 del mismo libro. En términos del artículo 1037 del Código de Comercio, son partes del contrato de seguro: “1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.” La Doctrina, expone frente a la*

⁵ sentencia del 24 de enero de 1994 emitida por la Sala Civil de Casación

obligación del asegurador que “es condicional en lo que se refiere al pago de la indemnización en caso de siniestro; sin embargo, el asegurador asume otras obligaciones que, si bien menos significativas desde el punto de vista económico, no dejan de ser obligaciones. Pero, sobre todo, asume de inmediato la obligación de dar la seguridad que el asegurado necesita para avanzar en la actividad comercial o profesional o simplemente personal a la que se encuentra vinculado de alguna manera el contrato de seguro. Esta obligación de seguridad nace desde el mismo momento de la celebración del contrato, porque a partir de allí se entiende que se ha trasladado el riesgo a la aseguradora o de alguna manera ésta ha asumido ese riesgo. (...) Adicionalmente son identificables otras obligaciones que cumplen papel importante dentro del desarrollo del negocio, tales como la de proveer al tomador, a petición suya, de copias autorizadas de la solicitud de seguro y de los documentos de inspección del riesgo (parágrafo del art. 1048 del C. de Co.), así como la de entregar la póliza dentro de un término dado posteriormente a su expedición (art. 1046 del C. de Co) y la de restituir la prima no devengada en caso de terminación anticipada del contrato, salvo los casos excepcionales en que la ley le da derecho a retener dicha prima”⁶

En cuanto a las obligaciones del tomador, el tratadista Hernán Fabio López Blanco, indica que “Como especial característica de los deberes del tomar que comienza desde antes del perfeccionamiento del contrato, subsisten en todo su desarrollo y, excepcionalmente, pueden proseguir en caso de siniestro, aun cuando ya en esta etapa lo usual es que se radiquen en cabeza del asegurado o del beneficiario, en los eventos en que no son coincidentes dichas calidades. Dentro de ellos los que merecen destacarse, por ser en esencia predicables de la calidad de tomador, son los siguientes: (*) Declarar sinceramente todas las circunstancias inherentes al riesgo (art. 1058 del C. de Co.); en otras palabras, evitar reticencias, (*) Mantener el estado del riesgo (art. 1060 ibídem), (*) Cumplir estrictamente con las garantías (art. 1061 Ibidem), (*) Pagar la prima, (*) Avisar sobre la contratación de otros seguros respecto de los mismos objetos asegurados (art. 1093 ibídem) y (*) No asegurar la parte dejada en descubierto (art. 1103 Ibidem), cuando se pacta coaseguro obligatorio.”⁷

En contexto del artículo 1066 del C. de Comercio, es carga del tomador del seguro, “el pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro de los diez días siguientes a la fecha de entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Por su parte, el artículo 1045 del mismo código, indica que son cuatro los “elementos esenciales” que componen el contrato de seguro, de los cuales, al evidenciarse una

⁶ Libro cuestiones generales y caracteres del contrato, del Dr. Andrés Ordóñez Ordoñez, Lesiones de derecho de seguro N°1, pág. 92 y 93

⁷ Libro Comentarios al contrato de seguros, edición 2014, pág. 276

ausencia de cualquiera de ellos, el contrato no produce efecto alguno: (i) Interés asegurable: El interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo⁸. Todas las personas tienen interés asegurable⁹ en: a) su propia vida; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta. (ii) El “riesgo asegurable”¹⁰ permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro¹¹. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los “hechos ciertos”, a excepción de “la muerte, y los físicamente imposibles”; b) “la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”; c) “el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario”; tampoco es posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo. Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, “se denomina siniestro, la realización del riesgo asegurado”. (iii) La “prima o precio del seguro” comprende la suma o importe a cuyo pago se compromete el tomador para obtener la cobertura del riesgo. Su monto lo determina la entidad aseguradora con base en el riesgo asegurado. (iv) La “obligación condicional del asegurador” conforme con esta se establecen los siniestros que hacen efectiva la póliza. Por consiguiente, la entidad aseguradora no está obligada a pagar cualquier perjuicio, sólo se compromete a la indemnización en aquellos eventos discriminados y seleccionados al momento de realizar el contrato.

“(…). El artículo 824 del Código de Comercio impone este resultado: “(…) Cuando una norma legal exija determinada solemnidad como requisito esencial del negocio jurídico, este no se formará mientras no se llene tal solemnidad”. Y como el inciso 2° del artículo 1036 indica que “el contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el asegurador suscribe la póliza”, únicamente con la precedente suscripción el contrato nacerá a la vía jurídica” 13 Según el artículo 1082 del Código de Comercio, los seguros pueden ser de daños (reales o patrimoniales) o de personas; el seguro de daños se puede definir como aquel que brinda protección a los bienes patrimoniales de una persona contra los riesgos de destrucción o deterioro como consecuencia directa o indirecta de una diversidad de hechos como el incendio, el transporte, la navegación, el robo, el incumplimiento de responsabilidades contractuales y legales, etc.; por su parte, los seguros

⁸Código de Comercio, artículo 1083

⁹Código de Comercio, artículo 1137.

¹⁰ Código de Comercio, artículo 1054.

¹¹ T-670 de 2016

de personas garantizan el pago de un capital o una renta cuando se produce un hecho que afecta la existencia o la salud del asegurado y generalmente consisten en el pago de dinero a los beneficiarios, dinero previamente convenido.

De conformidad con el artículo 1137 del Código de Comercio toda persona tiene interés asegurable en su propia vida, en la de personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos, en la de aquellas cuya muerte o incapacidad puedan aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta; este seguro se puede dividir en seguro de vida, seguro de accidentes personales, de enfermedad o seguro personales de patrimonio.

6.CASO EN CONCRETO:

Si bien, el recurrente no realizó una argumentación respecto a algo en específico nuevamente relacionó las excepciones propuestas para su defensa:

6.1 “Ausencia de Cobertura del Seguro” indica que, la confesión efectuada por José Luis Román en la audiencia inicial (minuto: 27 con 24 segundos de la grabación) y en la que advertía que desde el año 2018 (fecha en la que se retiró de la Policía) y hasta la actualidad, se desempeñaba o estaba ocupado en el oficio de la conducción.

No le asiste razón, en exonerarse en ese sentido, pues dentro del presente asunto el asegurador tiene la decisión de elegir, los riesgos a los que está expuesto el asegurado, y tal como se demostró en audiencia citada del 373 C.G.P., la aseguradora “nunca le fue solicitada la cobertura por incapacidad total y permanente y por lo tanto, tampoco recibió prima alguna como contraprestación a dicho riesgo”

Y pese a que precise la Aseguradora inconforme que, la compañía de seguros que el demandante presenta una incapacidad permanente parcial, por lo que no considera que no es un siniestro para su actividad como Policía, pues el “José Luis Román se desempeñaba en otra actividad u oficio totalmente diferente y como lo era la de conductor, se reitera, no se vio afectado ni mucho menos imposibilitado con ocasión a la emisión de dictamen de Junta Médica Laboral, pues la misma solo dictamino (i) una incapacidad permanente parcial (no total y permanente como le exige el amparo) y (ii) la misma solo tiene efectos respecto de la actividad como Policía, sugiriendo entonces que era posible la reubicación”.

Con lo anterior, este fallador comparte lo argumentado por ad quo, al referirse en la norma comercial, frente a la facultad del libre arbitrio, los riesgos que sean puestos a su consideración con fundamento al art. 1056 C.Co.

Y asimismo, como lo establece el art. 11 de la Ley 1328 de 2009, que, si bien cuentan con el poder de asumir todos o algunos riesgos a que estén expuestos: el interés asegurable o el acoso asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado, sin que ello se advierte conlleve a la convalidación de cláusulas abusivas expresamente prohibidas por el legislador, al punto que se tendrán por no escritas.

Al no desconocerse que quien realiza los parámetros señalados en el contrato de seguro, es de plena autonomía de la aseguradora, por lo tanto, revisando el contrato de seguro aportado, se advierte en el anexo ITP que efectivamente se marcó con un NO en el ítem denominados datos de seguro y aunado a ello se demostró con la prueba pericial que, nunca se le informó por escrito al asegurado de esta exclusión de amparo de inanidad total y permanente, pues la asesora del crédito fue la que diligenció el citado formato de ser así otra prueba suficiente en la violación de la ley 1480 del 2011 “falta de información veraz oportuna suficiente” convirtiéndose en cláusula abusiva¹², y situación verificada con la testigo, quien en su declaración reconoció haber diligenciado dicho documento, la asesora Lady Rincón, de la entidad financiera.

Ahora la documental aportada por la demandada Aseguradora con su contestación de la demanda, aportó, observemos:

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBV SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL No.

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización

Fecha convalidación del crédito: 2012 03 20 Oficina: Medellán Ciudad: Medellán

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A. C.C o NIT: 860.003.020-1 Vigencia desde: Vigencia hasta:

Datos del Asegurado

Nombre y Apellido: Jose Juli Roman Garcia Identificación: 91.266143 Edad: 50

Calle: 13 16-96 R12 Teléfono: 3102019329 Ciudad: Medellán

Fecha de nacimiento: 1969 06 14 Genero: M Ocupación/Profesión: Retirado

Datos del Seguro

Tasa: % Extra Prima: % Anexo ITP: No Valor Asegurado: 5.000.000 Número de Obligación:

Prima Mensual: \$ Periodicidad: Vr. Prima Total: \$

Beneficiarios del Seguro

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 175 cms Peso: 70 Kg

¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía discopala? No Sí

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? No Sí

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? No Sí

¿Sufre alguna incapacidad física o mental? No Sí

¿Ha sido sometido en alguna ocasión o lo han sugerido la practica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. No Sí

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? No Sí

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

* Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto

El/Elle se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y otorga derecho al asegurador para exigir el pago de la prima y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u 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 episicrisis o historial clínico con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma Solicitante

El consultado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias

¹² C 909 del 2012.

Con lo anterior, se evidencia el fracaso de este medio exceptivo, comoquiera que de esta documental se advierte los términos de amparo que contrató el demandante y que con ellos ha recibido las primas de póliza de vida de grupo deudores aquí debatidas, conclusión que realizó la Superfinanciera y la que este despacho comparte.

Por lo que, frente a la calificación por una incapacidad permanente parcial, esta se apoyó con el Acta de la Junta médico laboral 9779 del 30 de octubre de 2020, emitido por la Policía Nacional, en donde fue reconocida el actor una disminución de capacidad laboral en un 54.98%.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que esta esta clasificación de lesiones o afecciones está soportada, según la información de dicho documento, entre otros antecedentes, en los siguientes antecedentes de lesiones, afecciones, secuelas, entre otras veamos:

TML PREVIO, SI TIENE JML PREVIAS.

D. CONSIDERACIÓN:
Las patologías reportadas fueron adquiridas durante el tiempo de servicio, las patologías presentaron evolución satisfactoria. Paciente es no APTO sin reubicación por JML Y TML anterior.

IV. CONCLUSIONES.

A. ANTECEDENTES-LESIONES-AFECCIONES-SECUELAS:

A.1. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL CON PTA PROMEDIO DE 26,25 DB.
A.2. LUMBALGIA CRÓNICA SECUNDARIA A DISCOPATIA L2-L3
A.3. AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN 20/25 AMBOS OJOS, QUE CORRIGE 20/20 AMBOS OJOS. DX. PRESBICIA
A.4. GONALGIA IZQUIERDA SECUNDARIO A CONDOMALACIA PATELAR GRADO II. CON RODILLA ESTABLE, SIN SECUELAS FUNCIONALES
A.5. CICATRIZ NO QUIRÚRGICA DESCRITA, QUE NO GENERA DEFORMIDAD, NI DESFIGURACIÓN, NI LIMITACIÓN FUNCIONAL

B. FIJACIÓN DE LOS CORRESPONDIENTES ÍNDICES.
De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 094/1989, modificado y adicionado por el Decreto Ley 1796 de 2000, le corresponde los siguientes índices:

A.1. NUMERAL 6-034	LITERAL b	5	PUNTOS
A.2. NUMERAL 1-061	LITERAL a	1	PUNTO
A.3. NO AMERITA INDICE LESIONAL			
A.4. NO AMERITA INDICE LESIONAL			
A.5. NO AMERITA INDICE LESIONAL			

NOTA: La JML califica los Índices del A.1 al A.5 como enfermedades de origen común. Paciente es no apto sin reubicación.

C. IMPUTABILIDAD DEL SERVICIO.
De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 le corresponde el literal: No Reporta.

D. EVALUACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL. PRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DE:

DCL Actual:	OCHO	PUNTO	CUARENTA Y OCHO	POR CIENTO	8.48%
DCL Total:	CINCUENTA Y CUATRO	PUNTO	NOVENTA Y OCHO	POR CIENTO	54.98%

DR(A). JACKELINE ALVAREZ TAMARA
Médico JML

DR(A). WILLIAM JAVIER LIVES RIVERA
Médico JML

DR(A). WINTONG MENDOZA

Concretamente, en el numeral 11, en el amparo de incapacidad total y permanente, la definición de este amparo aplicable al demandante es la siguiente, si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado, la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, así como asegurado, sufre una incapacidad que impida en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación, siempre que no haya sido provocada.

El asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado. Solo se considerará como

incapacidad total y permanente para efectos de este seguro, con independencia de si pertenece o no a un régimen especial de calificación de invalidez, cuando exista una calificación de pérdida de capacidad laboral en firme realizada por la EPS la ARL, la FPA la cual se encuentra afiliado, o por la Junta regional o nacional de calificación de invalidez, siempre que la misma pérdida de capacidad laboral igual o Superior al 50%, la fecha de siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación.

Y en el documento denominado consulta de póliza se encuentra que la vigencia de la misma es de 120 meses, con fecha de apertura del 20 de marzo de 2020.

Del mismo modo, también se advierte en aquel documento que según se registró la información del demandante en el ítem de esa consulta de póliza, en lo relacionado con ocupación se registró la calidad de pensionado.

Por lo tanto, en el plenario se demuestra las condiciones exigidas para la reclamación de la prima de seguro, al adosar la calificación de pérdida de capacidad laboral en más de un 50%, menor de 70, se emitió mediante Junta médico laboral número 9779 del 30 de octubre de 2020. Además, por parte de la Policía Nacional se reconoció la existencia de una evaluación de disminución de capacidad laboral del 54.98% y con este total se prueba la existencia.

Cumple señalar que con la documental incorporada a este asunto, así como se concluye del dictamen de calificación de la Junta médica, también soportes de la solicitud del crédito. El señor Román García, como miembro de la fuerza de la policía militar, le resultaba aplicable un régimen especial diferente al del resto de la población, que no hace parte del de las fuerzas militares¹³.

Y contrario, a lo argumentado por la aseguradora, que la actora haya manifestado ser conductor, esta es una circunstancia que no se marca en las condiciones del amparo definido por la propia aseguradora, por lo cual esta excepción no tiene vocación de prosperidad, pues, se insiste, le son aplicables al demandante las condiciones del contrato de seguro. Y sumado a ello, no se probó que siga prestando sus servicios para las fuerzas militares.

6.2. Respecto de la ausencia de requisitos esenciales:

¹³ Es decir, el del sistema de Seguridad Social en general, condición que no solo era de conocimiento de la entidad tomadora del seguro, sino de la compañía otorgante del mismo, atendiendo aquel crédito del seguro, que fungía como seguridad adicional, correspondía a un crédito, como lo manifestó la entidad financiera al hecho número 3 de la de la demanda a un crédito de libranza. Además, la testigo manifestó en su atestación el día de hoy saber y conocer. (minuto 26:38 audiencia 373 C.G.P)

Señala el apelante que, puede indicar que producto de la práctica probatoria, se pudo determinar: (i) que el señor José Luis Román conocía para el 26 de febrero de 2020 (fecha en la que se suscribió el seguro) que su porcentaje de pérdida de capacidad del 46.5%¹ se iba a incrementar, pues tal y como lo confesó en la audiencia inicial (minuto 29:00), dichas juntas medicas NO le habían tenido en cuenta varias enfermedades que ya se la habían diagnosticado y que finalmente fueron las que terminaron aportando los índices faltantes para obtener un porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 50%. (ii) Que desde su retiro de las fuerzas en el año 2018 y por lo menos hasta la fecha de audiencia inicial, el señor José Luis Román se dedicó al oficio de conductor (minuto 27:24).

Analizando la situación expuesta por el recurrente, el evento de determinar el estado de riesgo se dio en este caso, donde el tomador y asegurado informa los hechos o circunstancias que rodean el riesgo o también puede suceder que mediante la absolución de un cuestionario que la aseguradora le suministra y en el cual se formulan preguntas específicas, se acrediten aquellos elementos relevantes para el otorgamiento, no de la cobertura o para las condiciones en las que se habrá de otorgar el amparo contratado, así como lo regula el art. 1056 del C.Cio.

Debe decirse que se aportaron a este trámite la respectiva declaración de Asegurabilidad, cuyo propósito es establecer el estado del riesgo y en especial para este caso, lo que se estudia el de salud del señor Román García conforme se evidencia en el texto de este documento, y que el cuestionario de salud que en este caso le fue practicado al demandante fue propiciado por la misma compañía de seguros que hoy está convocada este juicio.

Se reitera lo atrás expuesto, que se demostró las condiciones exigidas para la reclamación de la prima de seguro, al adosar la calificación de pérdida de capacidad laboral en más de un 50%, menor de 70, se emitió mediante Junta médico laboral número 9779 del 30 de octubre de 2020. Además, por parte de la Policía Nacional se reconoció la existencia de una evaluación de disminución de capacidad laboral del 54.98% y con este total se prueba la existencia.

Por lo que esa excepción está llamada al fracaso.

6.3. Respecto de la nulidad relativa del contrato de seguro (art 1058 C. Com)

Indica la Aseguradora que, frente a la prueba de la preexistencia de circunstancias que incidían en el estado de riesgo, y tal como lo manifestó la delegatura en la sentencia, las mismas se demostraron con los siguientes elementos de prueba: 1) Documental consistente en la copia del acta de junta médica laboral 9779 de la Policía Nacional,

practicada al señor José Luis Román y en la que se deja registro de: - Dos juntas médicas laborales anteriores, practicadas para los años 2002, 2017 y esta última confirmada por un tribunal médico laboral, que le diagnosticaban una pérdida de capacidad laboral al demandante, del 46.45% - Conceptos de especialistas comunicados al asegurado, donde se le informaba que padecía de hipoacusia, lumbalgia crónica secundaria a discopatía l2-l3, presbicia, gonalgia, discopatía lumbar, enfermedad articular degenerativa en hombros, carpos, rodillas, pies, región lumbar, confesión del demandante, quien en audiencia inicial (minuto 27:45 y adelante) deja constancia de que el mismo había sido diagnosticado y valorado en las juntas médicas anteriores, aunado al hecho de que había sido tratado y diagnosticado por los padecimientos anteriormente descritos. 3) Declaraciones del galeno César Carrascal, quien, con su estudio del caso y sus particularidades, confirmaron la existencia y conocimiento que tenía el señor José Luis Román, de las previas calificaciones de pérdida de capacidad y enfermedades y tratamientos reseñados con anterioridad.

No son de recibo, sus argumentos, pues teniendo en cuenta la prueba pericial practicada si bien el demandante no mencionó sus patologías, fue porque el formulario en donde se debía manifestar fue diligenciado por la funcionaria del banco, situación probada con la declaración de la misma por lo que no nos encontramos incurriendo en reticencia, pues no se probó la mala fe del señor José Luis y si por el contrario se demostró que él, no llenó el formulario en sus acápite y sus preguntas respecto a sus patologías.

Caso que no La presunta 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, no es cierto producen la nulidad relativa del seguro” y más cuanto por el contrario las entidades incurrieron dolo la culpa grave exclusiva al diligenciar el formulario sin el consentimiento de Sr. José Luis, para no cumplirse el art. 1080 de Co. Co. y 1077 del Co Co..

Ahora frente argumenta el censor que, a la declaración del Doctor César Carrascal, testigo técnico que fue solicitado desde la misma contestación de la demanda con el cual se indicaba en aquella oportunidad, se demostrarían “las razones técnicas que inciden en la tarificación de los riesgos y por lo tanto, la trascendencia de la inexactitud del asegurad.” De dicha declaración tomada en la audiencia de instrucción y juzgamiento, podemos extraer: (i) Que las enfermedades y porcentaje de calificación de pérdida de capacidad laboral presentadas por José Luis Román eran relevantes, pues hacían más plausible y probable que se configurara una incapacidad total y permanente (ii) Que, el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que le habían previamente diagnosticado al señor José Luis Román hacía mucho más probable que se materializara el riesgo amparado y que por ello y en su concepto, BBVA Seguros de haberlo sabido, probablemente ni si quiera hubiese decidido asegurarlo. Frente a este testigo es importante también resaltar que pese a que este

apoderado en consonancia con el numeral 6 del artículo 221 del CGP solicitó que los documentos tenidos en cuenta por el galeno para su dicho fueran aportados como parte de su declaración, la delegatura se opuso y lo negó, en virtud de que considero que el documento expedido por el médico de la compañía, en él se detallaba con claridad la revisión a la experiencia de la compañía en casos similares, no era necesario (necesidad de la prueba). En ese sentido, llama la atención como después en la sentencia la propia delegatura reprocha la falta de prueba que acreditara la incidencia de las enfermedades en la tarificación del riesgo, cuando fue el mismo despacho quien negó la introducción del documento que más vocación tenía para demostrar dicha situación, advirtiendo que la misma no era necesaria.

Al respecto, Señala el art. 173 del C.G.P. *Oportunidades probatorias:*

“Para que puedan ser apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse y aportarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código”.

Sea preciso indicar que, en primera instancia, son oportunidades para aportar o solicitar la práctica de pruebas por parte del demandante: la demanda, la reforma de la misma, la contestación de la demanda de reconvención y la oposición a las excepciones del demandado y por parte del demandado la contestación de la demanda.

Revisadas las actuaciones surtidas dentro del proceso de la referencia, se observa que la documental allegada por petición de pruebas elevada por la Aseguradora BBVA, si bien citó al testigo técnico César Carrascal, se recepcionó por parte de la Delegatura su declaración y si bien es cierto se aportan documentales, esta ya no era la etapa procesal para ser objeto de decretó y práctica de las mismas, pues resultaba extemporánea la incorporación de las documentales.

De otra parte, es necesario tener en cuenta la misma norma en cita señala en su inciso 2º, lo siguiente: “.....El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite...”, como en el caso que nos ocupa, donde la prueba solicitada pudo haber sido arrimada con la contestación de la demanda, o en su defecto haber aportado dictamen pericial, en el que el testigo aquí llamado hubiese explicado las razones expuestas en este asunto.

Por lo tanto, con el testimonio del profesional de la Salud César Carrascal, se corroboró la existencia de las patologías que aquejan al actor, teniendo en cuenta que en su declaración no se logró acreditar un propósito diferente al punto que al ser el indagado por el

fundamento, de su posición o exposición relacionado con un porcentaje de tarificación, y aunado a ello, el testigo para la fecha del reclamo del siniestro no estaba al tanto de tal situación, y con base del Art. 211 C.G.P.

Luego, si el mismo testigo reconoció que esta situación particularmente no fue de su resorte, su atestación tampoco resulta suficiente para que se declarara la nulidad del contrato de seguro que sirve de base a esta acción, pues esta declaración resulta insuficiente.

La valoración de este testimonio se hace a pesar de la tacha formulada por el gestor judicial del extremo actor, por cuanto la delegatura advierte que no es necesario dar trámite a la misma, teniendo en cuenta que la condición con la que compareció a la diligencia el testigo fue en su condición de profesional de la salud.

Y así como lo motivo la Delegatura de la Superfinanciera, el citado testigo reconoció haber sido contratado por la aseguradora demandada y, sobre todo, puso de presente que tenía conocimiento del caso del actor.

Corolario de los argumentos que preceden se tiene que se encuentra probada las súplicas del libelo, respecto a la Aseguradora de Vida BBVA, al demostrarse que el demandante cuenta con los requisitos exigidos por el contrato de seguro, para recibir el amparo referido y al no operar mala fe por parte del señor José Luis Román, pues se probó el desconocimiento del contenido del formulario de asegurabilidad, demostrándose que hubo una vulneración de los derechos del consumidor financiero tal y como lo establece la ley 1480 del 2011.

De acuerdo con lo discurrido y sin que sean necesarias mayores disquisiciones el fallo impugnado será confirmado.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarenta y Dos Civil Circuito de Bogotá, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia del 4 de agosto de 2022 por la Superintendencia Financiera, por las razones anotadas en la parte motiva.

SEGUNDO. Condénese en COSTAS a cargo de la recurrente, para lo cual se fija como

agencias en derecho la suma de \$1.530.000 M/CTE. Liquídense.

TERCERO. Remítase el expediente a la Delegatura de la Superfinanciera de origen para lo de su trámite y competencia.

NOTIFÍQUESE.

EL JUEZ


HERNÁN AUGUSTO BOLÍVAR SILVA

Pamf