

REPUBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO DIECISÉIS (16) CIVIL DEL CIRCUITO
Bogotá D.C., veintidós (22) de febrero de dos mil veinticuatro (2024)

Expediente: 2022187087-060-000-**2022-5359**-01 [Carpeta 02 –
Apelación sentencia]

Agotado el trámite de esta instancia, resuelve este Despacho la apelación formulada por el apoderado de la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., contra la sentencia proferida oralmente por la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia de Financiera el 12 de septiembre de 2023.

I. ANTECEDENTES

1. Pretensiones: El señor YIMI ARTUNDUAGA YUNDA, a través de apoderado judicial instauró acción de protección al consumidor financiero contra BBVA COLOMBIA S.A. y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solicitando “*se obligue a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al pago de la póliza contrata por el señor YIMI ARTUNGUAGA YUNDA*”¹.

2. Causa petendi: Las anteriores súplicas se encuentran amparadas en los hechos que se relacionan a continuación:

Que adquirió el crédito de libre inversión N°106613705 en el año 2020 y N°106928308 en el 2021 con el BBVA COLOMBIA S.A., el cual se encuentra amparado por una póliza de seguro vida deudores expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., ante los riesgos de siniestro e incapacidad.

Que en Junta Médico Laboral del 9 de julio de 2021, se calificó al accionante con una incapacidad permanente del 58,6%; determinación notificada por la Dirección General de Sanidad Militar el 2 de mayo de 2022.

Que el 15 de julio de 2022 elevó petición ante la aseguradora solicitando la afectación de la póliza adquirida.

¹ Páginas 1 a 2 del archivo 001 del cuaderno de primera instancia.

Que el 18 de julio siguiente *BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. remite respuesta vía correo electrónico, informando que en atención a la petición recibida relacionada con la reclamación del seguro del señor YIMI ARTUNDUAGA YUNDA, fue aprobada y se procederá al correspondiente pago.*

Que el 4 de agosto de 2022, la aseguradora emite una nueva respuesta informando que no procederán a realizar el pago del seguro contratado, con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio.

3. Actuación procesal: La demanda correspondió a la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual, en auto del 12 de diciembre de 2022 la admitió². Dicha actuación fue notificada personalmente a las demandadas a través del correo electrónico³.

En su oportunidad la demanda BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., contestó el libelo incoativo oponiéndose a las pretensiones y proponiendo las defensas exceptivas denominadas (i) *Ausencia de información por parte del asegurado en la etapa precontractual*⁴, (ii) *Nulidad relativa del contrato de seguro suscrito entre mi poderdante BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. y el señor Artunduaga*⁵, (iii) *Información al consumidor financiero*⁶, (iv) *Beneficiario a título oneroso*⁷, (v) *Límite máximo de responsabilidad de la aseguradora*⁸, (vi) *Relación de causalidad entre la declaración inexacta y la causa del siniestro*⁹ y (vii) la genérica¹⁰.

Por su parte, el BBVA COLOMBIA S.A., alegó su falta de legitimación en la causa por pasiva y propuso como excepciones de mérito (i) *Ausencia de daño a cargo del BBVA Colombia*, (ii) *Falta de acreditación de los elementos de la responsabilidad civil contractual del BBVA*, (iii)

² Archivo 013 del cuaderno de primera instancia.

³ Archivos 017 a 020.

⁴ *"Esta excepción debe prosperar en el entendido que el señor ARTUNDUAGA ocultó información a mi representada, pues si el asegurador hubiese tenido conocimiento de todas sus patologías sufridas, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., se hubiera retraído de celebrar el contrato o lo hubiera estipulado con condiciones más onerosas."*

⁵ *"Para el presente asunto, el consentimiento de mi poderdante se encuentra viciado, ya que al no conocer el verdadero estado de salud del señor ARTUNDUAGA (pues en la declaración no manifestó padecer enfermedad alguna) otorgó el seguro COMO UN RIESGO NORMAL. Si mi poderdante hubiera conocido el verdadero estado de salud hubiera otorgado el seguro en condiciones diferentes. El asegurado fue reticente y no actuó de buena fe, naciendo viciado de nulidad el contrato de seguro en virtud de la reticencia en que incurrió al momento de declarar el verdadero estado de riesgo, pues una vez se le solicitó por parte de mi representada que diligenciara la declaración de asegurabilidad permaneció silente y no marco SI. Al señor ARTUNDUAGA se le preguntó de manera expresa en la declaración de asegurabilidad si padecía de enfermedades en los huesos músculos o columna e indico que NO"*

⁶ *"Mi poderdante, al momento de suscribir la póliza, le informo al asegurado de los amparos, coberturas y todo lo referente al contrato de seguro y las consecuencias de no informar su verdadero estado de salud, no solo suministrando al asegurado directamente la información, sino consignándola en la página web www.bbvasseguros.com.co. En dicha página se encuentran las condiciones generales de la póliza contratada y sus coberturas"*

⁷ *"Conforme a lo anterior en el hipotético caso de una condena en contra el pago se realizará al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., por ser el beneficiario oneroso de las pólizas"*

⁸ *Es por ello por lo que, aunque podría aceptarse la asunción de una responsabilidad ilimitada desde el punto de vista teórico, prácticamente no es posible hacerlo por la incertidumbre que tal tipo de obligación crea.*

⁹ *"SI EXISTE UNA RELACION DE CAUSALIDAD ENTRE LA DECLARACION INEXACTA Y LA CAUSA DEL SINIESTRO, YA QUE EL ASEGURADO OMITIO DECIR QUE SI PADECIA DE PROBLEMAS EN LOS HUESOS, MUSCULOS Y COLUMNA, enfermedades que fueron preponderantes al momento de calificar la pérdida de capacidad laboral del aquí accionante"*

¹⁰ Páginas 128 a 139 del archivo 025.

cumplimiento del Banco y (iv) la genérica¹¹.

Integrado el contradictorio y luego de agotar las etapas procesales correspondientes¹², en la audiencia celebrada el 12 de septiembre de 2023 la autoridad de primera instancia profirió sentencia resolviendo la litis¹³.

4. Sentencia de primera instancia: la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera declaró (i) no probadas las excepciones planteadas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., (ii) carente de efectos la excepción denominada *Información al consumidor financiero* alegada por la citada demandada, (iii) probadas las excepciones *Beneficiario a título oneroso* y *Límite máximo de responsabilidad de la aseguradora*, (iv) probadas la excepción *Inexistencia de los elementos de la responsabilidad civil contractual frente a BBVA Colombia*, por lo que se denegaron las pretensiones frente al Banco, y (v) contractualmente responsable a BBVA Seguros por el incumplimiento del contrato de seguro de vida deudor N°02 306 0000022670, certificado No. 0013-0887-42-4000012524 vinculada al crédito N°** 0013-0887-48-9600010130, al negar el reconocimiento del amparo de incapacidad total y permanente. En consecuencia, le ordenó cancelar el crédito terminado en el número 10130 que asciende a \$108´891.600,07, más los intereses de mora que establece el artículo 1080 del Código de Comercio calculados desde el 18 de agosto 2022 hasta la fecha efectiva de pago. Si existiese algún remanente, estos se pagarán en favor del hoy demandante. Finalmente, se abstuvo de condenar en costas.

Lo anterior, al considerar que¹⁴ (i) al demandante se le preguntó específicamente por enfermedades de columna, por lo que la reticencia se predica únicamente de estas afectaciones, excluyendo los padecimientos de gonalgia y discopatía alegados por la aseguradora, pues los mismos no se encuentran registrados de forma concreta y clara en la declaración de asegurabilidad; (ii) si bien se encuentra acreditada la reticencia del asegurado relacionada con las afectaciones de la columna, más allá del propio dicho de la demandada, *no obra prueba alguna en el plenario con la que se pueda establecer de manera objetiva cuál fue el grado de riesgo asumido por la aseguradora y las razones por las cuales los padecimientos del asegurado sobrepasaban el mismo, lo que justificaría su actuar en el sentido de extraprimar o no contratar para la época la asunción del riesgo, no pudiéndose surtir dicha evaluación para el momento de la reclamación o incluso en el curso del proceso*; (iii) en el dictamen pericial se presentan ciertos padecimientos los cuales no fueron valorados como reticentes, esto es, *discopatía, gonalgia, condromalacia patelar, por lo que de entrada no demuestra el actuar de la compañía si hubiese conocido los padecimientos de columna sufridos por el*

¹¹ Archivo 028.

¹² Archivos 037, 053, 078 y 113.

¹³ Archivo 122.

¹⁴ Minutos 0:42 a 35:54 de la audiencia celebrada el 12 de septiembre de 2023. Archivo 121.

demandante, además no es concluyente de cara a las políticas que contaba la entidad al momento de asumir el riesgo, en cuanto a cómo hubiese sido el actuar de aquella en el momento de la suscripción de la póliza que garantizaba el crédito reclamado, de haber conocido precisamente el padecimiento de columna; (iv) la tabla relacionada con la experiencia de la reaseguradora Swiss Re en calificación de riesgos fue verificada por el perito solo para el momento de la elaboración del dictamen y no para la suscripción de la póliza, además no está acreditado que hicieran parte de las políticas de la aseguradora para este efecto, de valorar el riesgo en la póliza objeto de litigio para el año en que se asumió, es decir, para el 2017; (v) la mayoría de tablas de datos analizadas en la experticia se refiere a la enfermedad de discopatía; y (vi) no existe certeza en cuanto a las políticas vigentes para la época en que se tomó el seguro que regulan la atención de casos donde se marquen enfermedades y la evaluación para otorgar la póliza en las mismas condiciones, unas más onerosas o negarla. En consecuencia, no se encuentra acreditado el elemento subjetivo que permita declarar la nulidad relativa por la reticencia del asegurado.

5. Recurso de apelación: Frente a la decisión apenas reseñada la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., formuló recurso de apelación solicitando su revocatoria, ya que “no resultó de una valoración adecuada de las pruebas allegadas ni una consideración de las constantes variaciones de la jurisprudencia en la materia”. En primer lugar, sin mayor fundamento se excluyeron de la configuración de la reticencia los padecimientos discopatía, condromalacia patelar y gonalgia, denunciados en la objeción del 2 de agosto de 2022, pues atendiendo la masividad del mercado, en la declaración de asegurabilidad se establecen *una categorías generales en las cuales es posible encuadrar cualquier padecimiento, como en este caso, donde todas ellas, incluyendo la lesión de columna cervical (que sí fue tomada en cuenta), hacían parte de la categoría “enfermedades de los huesos, músculos o columna” y que de haberse marcado Sí, el caso se habría entrado a evaluar por el área técnica y de exámenes médicos de la compañía para hacer el respectivo estudio de la historia clínica (donde se evalúan las enfermedades concretas) y determinar si era viable contratar el seguro o en qué condiciones especiales debía hacerse*¹⁵.

Resalta que la exclusión del debate litigioso de las aludidas enfermedades restó importancia a la mayor parte de lo establecido dentro del dictamen pericial, esto por cuanto, se omitió por completo los casos similares de mi poderdante para el año 2017 y las tablas de los manuales del reasegurador Swiss Re (las cuales aplican y se usan de apoyo por mi

¹⁵ Páginas 3 y 4 del archivo 006 del cuaderno de segunda instancia: “Conforme con lo anterior, era viable afirmar que el asegurado no atendió sus deberes de información y transparencia al diligenciar el formulario de declaración de asegurabilidad, ello si se toma en consideración que omitió declarar sinceramente los hechos o circunstancias que llevarían a la aseguradora a determinar su estado del riesgo, pues cierto es que **la compañía dependía necesariamente de la información que aquél le suministrara en el referido formulario para evaluar, si emprendía o no, alguna otra averiguación sobre el particular.**” Sentencia del 21 de septiembre de 2023 del Tribunal Superior de Bogotá M.P. Adriana Ayala Pulgarín Rad: 03-2021-886-01.

poderdante al momento de suscribir contratos de seguro conforme lo indicó el perito en su dicho), contenidas dentro del dictamen mencionado, en donde se evidencia que a todo potencial asegurado que reportaba problemas de discopatía cervical en créditos de libranza, no se le otorgaba ITP para dicha fecha.

En conclusión, se vició el consentimiento de la aseguradora ya que incurrió en un error en la persona asegurada al considerar que el demandante se encontraba en un estado diferente al declarado¹⁶.

Surtido el traslado en los términos del párrafo del artículo 9° de la Ley 2213 de 2022¹⁷, el apoderado del demandante se pronunció sobre la sustentación al recurso de apelación oponiéndose a su prosperidad, señalando que no toda reticencia o inexactitud conducen a la declaración de la invalidez del seguro, por cuanto es necesario comprobar que de haber conocido el estado del riesgo no habría contratado o lo había hecho en condiciones diferentes; sin embargo, en el asunto, no se tiene conocimiento si habría alguna diferencia en la negociación en caso de conocer la existencia de una junta medica con carácter provisional. Finalmente refirió que la prueba pericial estaba incompleta y se basó en *pantallazos de páginas web y archivos internos del banco*¹⁸.

II. CONSIDERACIONES

1. Ningún reparo merece la actuación desarrollada dentro del presente proceso, pues la competencia para conocerlo correspondía a la Delegatura para Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera, y por contera a este Despacho Judicial como superior funcional. De igual suerte se encuentra que la capacidad para ser parte y comparecer al proceso están debidamente acreditadas. Asimismo, la demanda reúne las exigencias que para el caso establece nuestro ordenamiento Procesal Civil, al igual que no se observa causal de nulidad alguna que haga nugatoria la actuación, permitiendo de esta forma que la instancia concluya con sentencia que amerita el asunto sometido a estudio en este momento.

2. Con el fin de evitar que al resolver la impugnación el superior afecte las garantías de contradicción y defensa, el artículo 328 del Código General del Proceso puntualizó en su inciso inicial que *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.*

¹⁶ Archivo 006 *ejusdem*.

¹⁷ El memorial se radico con copia al correo omargonzalezabogado@gmail.com

¹⁸ Archivo 008 del cuaderno de segunda instancia.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha explicado que *[e]sta restricción, aplicable al ejercicio de la competencia funcional, no es regla relativa al reparto de la jurisdicción entre los jueces -distribución de funciones-, sino operativa para acotar los tópicos materia de decisión, cuya desatención deberá ser cuestionada a través instrumentos como la incongruencia o la reforma peyorativa, por referirse al contenido del fallo.*¹⁹

Por lo anterior, la competencia de esta Sede Judicial únicamente se referirá a determinar (i) si el demandante fue reticente al rendir su declaración de asegurabilidad frente a las enfermedades de discopatía, condromalacia patelar y gonalgia, junto a los padecimientos de columna y, en caso de ser positiva la respuesta, (ii) si de conocerse el verdadero estado de salud del asegurado, la demandada hubiese negado la póliza o brindado en condiciones más onerosas, configurándose la nulidad relativa del seguro por reticencia.

3. Precisado lo anterior, se tiene que el promotor YIMI ARTUNDUAGA YUNDA pidió declarar que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., debe afectar la póliza de vida deudores y pagar el crédito de libre inversión adquirido con el BBVA, en virtud a la pérdida de capacidad laboral del 58,6% notificada el 2 de mayo de 2022 por la Dirección General de Sanidad Militar.

Para obtener sus pretensiones, decidió impetrar la acción de protección al consumidor financiero regulada en el artículo 57 de la Ley 1480 de 2011, conforme al cual, quien detente esa condición, puede pedir a la Superintendencia Financiera fallar en derecho, los asuntos contenciosos que surjan entre aquellos y las entidades vigiladas relacionadas 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 inversión, de los recursos captados del público.

Se memora que el contrato de seguro ha sido definido por la legislación mercantil en su artículo 1036, de la siguiente manera, “*es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva*”, en el que la transmisión de un riesgo mediante el pago de un precio y por el hecho de recibir ese precio, el asegurador asume sobre su propio patrimonio el riesgo que gravitaba en el patrimonio del asegurado.

De igual forma la jurisprudencia ha ido delineado esta definición, estimando que:

“un contrato ‘por 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

¹⁹ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC4174-2021 del 13 de octubre de 2021. Radicación n° 11001-31-99-001-2013-11183-01. M.P.: AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO. <https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/10/SC4174-2021-2013-11183-01.pdf>

ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al 'asegurado' los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de 'daños' o de 'indemnización efectiva', o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro"²⁰.

El artículo 1054 del Código de Comercio define el riesgo como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Por lo que, a voces del artículo 1072 *ejusdem* el siniestro es la realización del riesgo asegurable.

"el seguro cubre los riesgos previstos en el contrato, cuya causación es latente a futuro, en los que, al menos en principio, no participa la voluntad del asegurado, y de una entidad tal que, de presentarse, afectan el interés asegurable, es decir, la relación que quiso amparar su titular".²¹

Seguidamente, en los artículos 1056 y 1058 *ejusdem* se reseña que, con las restricciones legales, el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado y, 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. 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.

La nulidad material de los contratos corresponde a una irregularidad de los negocios jurídicos que afecta su validez y puede dar lugar a la extinción de las obligaciones que de él nacieron cuando al acto le faltan algunos de los requisitos que la ley prescribe para su valor legal según su especie o calidad, pudiendo ser absoluta o relativa.

De tal modo que son nulos absolutamente, cuando se han omitido los requisitos de validez de acuerdo a la calidad de las personas, los que tienen objeto o causa ilícita o, les falta algún requisito esencial para el valor de dicho acto o contrato. La nulidad relativa, por el contrario, se refiere a cualquiera otra especie de irregularidad o vicio diferentes que legitima para pedir la nulidad o rescisión del acto o contrato.

El contrato de seguro también lo gobierna esta institución, y tratándose de la nulidad relativa, una de sus aplicaciones, se relaciona con la fase precontractual, de modo que cuando no ha nacido el contrato a la vida jurídica, al hallarse las partes en las tratativas o conversaciones para

²⁰ Corte Suprema de Justicia. CSJ SC 19 dic. 2008, rad. 2000-00075-01. Citada en la SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018. Radicación nº 68001-31-03-004-2008-00193-01. M.P.: Luis Alonso Rico Puerta.

²¹ SC5327-2018 del 13 de diciembre de 2018. Radicación Nº 68001-31-03-004-2008-00193-01. M.P.: Luis Alonso Rico Puerta.

su celebración surgen cargas u obligaciones para las partes, como declarar con sinceridad el estado del riesgo, por ser actos determinantes o incidentes con la celebración del contrato.

De tal modo que para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro y sea declarada por la autoridad judicial deben demostrarse, según la doctrina tradicional²², tres elementos: (i) la existencia de la reticencia y/o inexactitud sobre hechos o circunstancias que rodean el riesgo; (ii) que eran conocidas por el asegurado, y, (iii) que la aseguradora de haber conocido esos hechos o circunstancias se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas.

Sobre el particular, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia expuso lo siguiente²³:

“(...) debe tenerse en cuenta que esta Corte, con relación a la reticencia, ha venido haciendo una lectura del precepto siguiendo los principios, derechos y valores constitucionales, tal cual se ha venido razonando, construyendo algunos criterios estándares:

1. Buena fe. Mediante una doctrina probable, tal cual quedo atrás trasuntada, la buena fe cobija a la aseguradora, para hacer pesquisas al momento de la celebración del contrato sobre las condiciones de asegurabilidad del tomador. La buena fe se presume y la ubérrima bona fides, se aplica por igual para los contratantes, y así por ejemplo, en la declaración de voluntad, como la del riesgo, se hallan arrojadas por la presunción de validez, de modo que quien alega el motivo de ineficacia, debe proporcionar los elementos de convicción para demostrar el vicio, porque antes del decreto se reputa válida.

2. La mala fe debe probarse. Lo anterior conduce a establecer, que compete a la aseguradora, probar la mala fe por parte del tomador o del asegurado, para inferir si procedía retraerse del contrato o modificar las condiciones económicas del mismo.

3. La necesidad de probar el nexo de causalidad o el efecto trascendente entre la declaración de voluntad reticente o inexacta en el riesgo o en el siniestro; siendo necesario demostrar esa relación consecencial de causa a efecto, o de concordancia entre lo inexacto u omitido y el siniestro. Es decir, se debe establecer cuál fue la trascendencia de la preexistencia y la situación médica que genera el siniestro.

4. El deber y la posibilidad de practicar exámenes médicos, cuando se trata del seguro de vida, por discurrir con un aspecto crucial y un derecho fundamental del tomador-beneficiario de la prestación aseguraticia. Este punto por ejemplo, aparece en la sentencia T-832 de octubre de 2010, entre otras.

5. La obligación de hacer una interpretación por consumidores de la

²² Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia STC-1409-2021 del 18 de febrero de 2021. Rad. 1100102030002020-03425-00. I.D. 722777. M.P.: Octavio Augusto Tejeiro Duque. Citado en el salvamento de voto del Magistrado Luis Armando Tolosa Villabona.

²³ Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC3791-2021 del 1º de septiembre de 2021. Rad. 20001-31-03-003-2009-00143-01. M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona. https://cortesuprema.gov.co/corte/wp-content/uploads/2021/09/SC3791-2021-2009-00143-01_compressed.pdf

póliza al tratarse de un contrato de adhesión. Tanto en diversos recursos de casación, como en materia de tutela.”

4. Descendiendo al caso concreto, se tiene que el 17 de febrero de 2017, el señor YIMI ARTUNDUAGA YUNDA suscribió *Solicitud/Certificado Individual Seguro de Vida Grupo Deudores Póliza No. 0110043*, marcando la casilla del NO frente a cada uno de los interrogantes efectuados en torno a su estado de salud:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)		Si	No
Estatura	1.70		
Peso	74.6		
Fuma	NO		
Cuántos cigarrillos diarios?			
¿DEPORTE QUE PRÁCTICA?			
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?			X
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?			X
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?			X
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?			X
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS			X
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO			X
BÓCHO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO			X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA			X
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOINFLUJÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS			X
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN			X
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS			X
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO			X
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO			X
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			X
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE			X
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MARIPIZ, OVARIOS?			X
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.			X
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?			X

En el asunto de marras, se destaca la pregunta “¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos? (...) Reumatismo, artritis, gota o enfermedades de los huesos, músculos o columna”.

En esa misma fecha se perfeccionó el *pagaré crédito hipotecario en pesos No. 9600010130* a favor del Banco BBVA por la suma de \$111.000.000, en virtud al crédito No. 00130887-9600010130, el cual se materializó con la compraventa y constitución de garantía real del bien inmueble con folio No. 50S-40254187. Igualmente, se diligenció *Solicitud/Certificado Individual Seguros de Incendio y Terremoto Deudores Póliza No. 054191000036*²⁴.

Posteriormente, el 9 de julio de 2021 se eleva el Acta de Junta Médico Laboral No.121078, cuyo asunto fue “estudiar en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e imputabilidad al servicio (...) de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: Biopsia – colonoscopia – dermatología – ecocardiograma – endoscopia – endoscopia vías digestivas altas – medicina familiar – medicina interna o medicina familiar – ortopedia – otorrino – potenciales evocados auditivos”.

La Junta Médico Laboral se practicó con fundamento en el numeral 1° del artículo 19 del Decreto 1796 de 2000, esto es, cuando en un examen de capacidad sicofísica se encuentren lesiones o afecciones que

²⁴ Archivos 081 y 097.

disminuyan la capacidad laboral.

Como antecedentes se registran los siguientes²⁵:

III. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO .
 JUNTA MEDICA No. 6920 DE FECHA FEBRERO 11 DE 2005 CON DCL (0%) POR EL SERVICIO DE:
 ORTOPEDIA
 JUNTA MEDICA No. 34522 DE FECHA ENERO 15 DE 2010 CON DCL (34%) POR EL SERVICIO DE:
 AUDIOMETRIA, ORTOPEDIA, OTORRINO

- Consejo Técnico SI NO X .

- Tribunal Médico SI NO X .

B. Antecedentes del Informativo

SIN INFORMATIVOS ADMINISTRATIVOS

En los conceptos de los especialistas en ortopedia del 23 de junio de 2017 y 2 de julio de 2021 se indica lo siguiente:

Fecha: 23/06/2017 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA DE INICIO 2002 CAIDA DE UN METRO X EN UNIDAD LESION EN RODILLA DERECHA Y COLUMNA CERVICAL Y DORSAL ATENCION CON XX 17/MAYO BOGOTA HMC RMN COLUMNA Y RODILLA MENEJO CON TERAPIA SIGNOS Y SINTOMAS DOLOR DE COLUMNA LUMBAR MECANICO- ARTROSIS PATELOFEMORAL BILATERAL ETIOLOGIA TRAUMATICA DEGENERATIVA. ESTADO ACTUAL DESCONOCIDO. DIAGNOSTICO LUMBAGO MECANICO. CONDROMALACIA PATELAR. PRONOSTICO PROGRESIVO Nu|| FDO. ROBERTO DIAZ GONZALEZ-125696.-

Fecha: 02/07/2021 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA DE INICIO DE MAS O MENOS 5 AÑOS DOLOR CERVICAL DE INICIO SÚBITA MANO DERECHA DE MAS O MENOS 5 AÑOS LUMBALGIA SÚBITA DOLOR PIES- DE MAS O MENOS 9 AÑOS GONALGIA DERECHA OCASIONAL SIGNOS Y SINTOMAS CERVICALGIA Y LUMBALGIA SÚBITA POSTERIOR EN MANO Y ARTRALGIA DE CUELLO DE PIE RX MANO NORMAL RX CUELLO DE PIE NORMAL EMG TNC (-) PARA TÚNEL DEL CARPO BILATERAL RMN CERVICAL DISMINUCIÓN DEL CANAL CERVICAL C3 A C6 COMPROMETE CANAL C4 DERECHO Y C5-C6 - DE MAS O MENOS 5 AÑOS LUMBALGIA SÚBITA AL LEVANTAR PESO SEDESTACIÓN Y BIPEDESTACIÓN RX DISMINUCIÓN ESPACIO L5, DE MAS O MENOS 9 AÑOS GONALGIA DERECHA SÚBITA AL SUBIR Y BAJAR GRADAS RX DISMINUCIÓN ESPACIO PATELOFEMORAL. RX CUELLO DE PIE NORMAL ETIOLOGÍA SOBREUSOESTADO ACTUAL BUEN ESTADO GENERAL EN COLUMNA CERVICAL ARCOS DE MOVILIDAD COMPLETOS DOLOR LINEA MEDIA CERVICAL CON LA FLEXO EXTENSIÓN Y CON LA ROTACIÓN INTERNA EN COLUMNA LUMBAR FLEXION 4/4 DOLOR +++ LUMBAR BAJO DOLOR MEDIAL CON LA PALPACIÓN LEVE Y MÁXIMA FLEXION RODILLAS ROSE PATELAR DERECHO PRUEBAS MENISCALES Y LIGAMENTERIAS NORMAL MANOS PHALEN (-) TINEL (-) PIES NORMAL DIAGNOSTICO CERVICALGIA MECÁNICA DISCOPATÍA C3 A C6 CANAL CERVICAL ESTRECHO - LUMBALGIA MECÁNICA - DISCOPATÍA L5-S1 GONALGIA ARTROSIS PATELAR DERECHO NO TÚNEL DEL CARPO NO ARTRALGIA CUELLO DEL PIE PRONOSTICO BUENO Nu|| FDO. PIO TORRES QUINTERO-203066.-

El 2 de mayo de 2022 se notificaron las conclusiones del Acta de Junta Médica Laboral Definitiva No. 121078 del 9 de julio de 2021, estableciéndose una disminución de la capacidad laboral total del 58,6%, teniendo en cuenta la disminución acumulada del 2010:

C-EVALUACION DE LA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL

LE PRODUCE UNA DISMINUCION DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL VENTICUATRO PUNTO SEIS POR CIENTO (24,6%) DEL (66%) RESTANTE YA QUE TIENE JML ANTERIOR No.6920/2005 CON DCL (0%)-Y JML No.34522/2010 CON DCL (34%)- Y DCL ACUMULADA TOTAL DEL (58,6%).

En el ítem *diagnóstico positivo de las lesiones o afecciones* de las conclusiones se hace una relación de 16 afecciones a la salud del

²⁵ Archivo 001.

demandante, sin embargo, solamente 5 de ellas generan disminución en la capacidad laboral en las juntas médicas practicadas tanto en el 2010 como en el 2022:

PORCENTAJE DE LESIONES O AFECCIONES SEGÚN SU IMPUTABILIDAD JML ANTE No 34522-210

LESION Y/O AFECCION	IMPUT.	INDICES	% TABLA A	EDAD	DISMIN %	% RESIDUAL
1	C	8	20.5		100.00	20.50
2	B	7	17		79.50	13.52

PORCENTAJE DE LESIONES O AFECCIONES SEGÚN SU IMPUTABILIDAD JML ACTUAL

LESION Y/O AFECCION	IMPUT.	INDICES	% TABLA A	EDAD	DISMIN %	% RESIDUAL
2	B	5	11		65.99	7.26
8	B	2	8		58.73	4.70
1	A	2	8		54.03	4.32
3	A	2	8		49.71	3.98
10	A	4	9.5		45.73	4.34

Número	Diagnóstico
1	Cervicalgia crónica secundario a discopatía C4.C6 con canal estrecho según reporte de RMN de conceto valorado por ortopedia sintomático.
2	Dolor lumbar crónico secundario a discopatía lumbar de L5-S1 según reporte de RX de conceto valorado por ortopedia sintomático.
3	Artrosis patelar femoral derecha documentado en radiografía valorado por ortopedia que deja como secuela A. gonalgia derecha sin limitación funcional.
8	Leishmaniasis cutánea en el 2002 tratado con glucantime valorado por dermatología que deja como secuela A) cicatriz en economía corporal con leve defecto estético sin limitación funcional.
10	Sinusitis crónica asociada a poliposis nasal y cefalea secundaria valorado por otorrino medicina familiar sintomático.

En la comunicación del 4 de agosto de 2022 la demandada BBVA Seguros objetó la reclamación del accionante²⁶:

De acuerdo con el acta de Junta Médica Laboral se evidencia que el señor Yimi Artunduaga Yunda registra antecedente de Junta Médica 34522 de fecha enero 15 de 2010 con DCL (34%), por el servicio de Audiometría, ortopedia y otorrino, igualmente en concepto de los especialistas se indica dolor cervical, lumbalgia súbita de más o menos 5 años, caída en 2002 que causa lesión en rodilla derecha y columna cervical y dorsal. Estos antecedentes son hechos relevantes que hacen parte de la calificación y no fueron declarados por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

Según el documento *rector* denominado *políticas para la contratación de seguros de vida vinculados a créditos* del BBVA²⁷, (i) las edades de ingreso para la cobertura de incapacidad total y permanente son de 18 a 69 años y 364 días con permanencia hasta los 70 años y 364 días, advirtiéndose que, si el cliente al momento de contratar el seguro ya tiene una incapacidad total y permanente lo debe declarar en la solicitud del seguro para evaluación por parte de BBVA Seguros; (ii) *Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, el cliente perderá las coberturas y en caso de siniestro las reclamaciones serán objetadas, generando demandas hacia el Banco y la Compañía Aseguradora. Es por esto que el*

²⁶ Páginas 7 y 8 del archivo 001, 1 y 2 del archivo 025.

²⁷ Páginas 3 a 39 del archivo 025.

Ejecutivo de la Red Comercial y/o FFVV, debe ser muy claro y recomendar al cliente que las preguntas sean contestadas con completa honestidad; (iii) el costo del seguro de vida para todas las líneas de crédito será el resultado de aplicar los factores por edad que aparecen en la tabla de primas por edades, según la forma de pago y el monto del crédito solicitado; (iv) la aseguradora revisará cada caso y dentro de la política informará si el cliente es o no asegurable, (v) La oficina después de establecer el monto total del endeudamiento y edad del deudor o locatario, diligenciará la autorización médica, para la práctica de los exámenes médicos los cuales serán únicamente los indicados en la tabla de requisitos de asegurabilidad practicados por los médicos y laboratorios autorizados por BBVA Seguros; (vi) La aseguradora podrá pedir información médica a cada cliente para establecer con mayor precisión su estado de salud y proceder a aceptar o negar las coberturas totales o parciales de la póliza; y (vii) La oficina debe solicitar al cliente la práctica de exámenes médicos y/o autorización a BBVA Seguros en los siguientes casos: Cuando el límite de asegurabilidad ha sido sobrepasado. Cuando se supere el valor de cúmulos estipulado. Si el cliente responde “Sí” a alguna de las preguntas del cuestionario propuesto en la declaración de asegurabilidad.

Igualmente, se indica que dentro de la política del Banco no está aceptar créditos sin seguros, no obstante, existen motivos que pueden generar algunas excepciones:

Vida Deudores

1. Persona no asegurable:

- Por edad del cliente, cuando es mayor a 74 años y 364 días. Si es por reestructuración BBVA Seguros podrá aceptar el riesgo.
- Cuando el riesgo es “rechazado” por BBVA Seguros, en estos casos se debe solicitar póliza endosada de forma flexible.

2. Póliza endosada:

- Cuando el cliente tiene contratado su riesgo con otra aseguradora en el ramo de vida.
- Cuando el riesgo es “rechazado” por BBVA Seguros. En estos casos se debe solicitar póliza endosada.

Adicionalmente, se aportó presentación de la *política de suscripción para clientes que padezcan y declaren una enfermedad en los cuestionamientos de asegurabilidad²⁸ y Plan de formación red oficinas²⁹*, sin especificarse el año o su divulgación ante el personal que asesora a los clientes.

La demandada BBVA Seguros también anexó *Licitación seguros de vida deudores para créditos de consumo y comerciales incluidos leasing financiero de consumo* de noviembre de 2015³⁰, sin embargo, del mismo

²⁸ Páginas 41 a 46 del archivo 025.

²⁹ Páginas 47 a 52 del archivo 025.

³⁰ Páginas 53 a 94 del archivo 025.

no se extrae información relevante para el asunto, más aún, cuando ni en las excepciones o el dictamen pericial se hace referencia de forma clara y expresa de los aludidos documentos.

En su interrogatorio³¹, el señor Yimi Artunduaga afirmó que “en ningún momento el asesor me dice a mi que tengo derecho a un seguro, este seguro le cubre esto, le cubre lo otro, nada, lo único que me dijo el asesor es, estos son los formatos...voy a diligenciarlos, hasta los llenó él [asesor], aquí donde tiene que firmar le coloca unas equis, de ahí el resto uno lo desconoce, porque uno cree que se obra de buena fe en su momento, pero en ningún momento me habla de ningún seguro (...) el asesor me dijo firme aquí, firme aquí y firme aquí, espere más o menos unos 8 días hábiles, y ya le han desembolsado su dinero, no me dijo nada más.... Él no me hablo de que el Banco tenía de pronto un seguro, contrato algún seguro, yo todo eso lo desconocía, no fui informado en su momento de esa situación. Yo pensaba que era banco-usuario-banco nada más”.

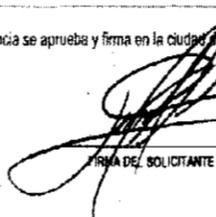
Cuando se le puso de presente la declaración de asegurabilidad reconoció su firma en el documento, pero aclaro que no leyó el mismo pues el asesor se los entregó diligenciados únicamente para ser suscritos, ya que “eso fue rápido, yo iba pasando las hojas, yo iba pasando el paquetico que ellos traían, iba pasando, ya tenía una equis, y yo lo iba firmando, nada más”³².

Haciendo una comparación entre la letra con la que se diligenció la declaración de asegurabilidad frente al pagare hipotecario signado en esa misma fecha se observa lo siguiente:

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

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
7/04/17	0183	Bogotá
Tomador / beneficiario		NIT
Vigencia desde		Vigencia hasta
DATOS DEL ASEGURADO		
Nombres y Apellidos		Identificación
14 años de edad después de nacido		31041210
Dirección	Teléfono	Ciudad
Calle 68 # 32-16	3142222266	Bogotá
Fecha de nacimiento	Sexo	Ocupación/profesión
14/04/04	M	
DATOS DEL SEGURO		

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Bogotá el 17 de feb de 2017


FIRMA DEL SOLICITANTE


FIRMA AUTORIZADA
BIVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800.226.098-4

³¹ Archivo 076.

³² Minutos 00:00 a 56:00 de la audiencia del 2 de junio de 2023 – Archivo 076.

PAGARÉ CRÉDITO HIPOTECARIO EN PESOS No. 9600010130

(1) Pagare No:	
(2) Deudor (es):	<i>Yumi Arjundíngua Yumbá</i>
(3) Fecha de Desembolso:	<i>17/feb/2017</i>
(4) Monto del Crédito:	<i>11.000.000.000</i>
(5) Plazo:	cuotas mensuales y consecutivas contadas a partir del desembolso.
(6) Tasa interés remuneratoria:	

Nótese como la letra con la que se registra cada uno de los datos personales del tomador en la declaración de asegurabilidad en totalmente compatible a simple vista con el diligenciamiento del pagare, en especial el nombre y la fecha. Contrario ocurre con lo escrito por el accionante en el ítem de deudores del pagare:

por éste crédito.

Ciudad y fecha de firma. *Bogotá 17/feb/2017*

LOS DEUDORES

Nombres y Apellidos: *Yumi Arjundíngua Yumbá*
Documento de identidad CC *7704720*

Nombres y Apellidos:
Documento de Identidad:

PAGARÉ CRÉDITO HIPOTECARIO EN PESOS No. 9600010130

Dirección *01143 B sur # 79 B 43*
Teléfono
Celular *3115390144*
e-mail *Yorqu...@gmail.com*

Dirección
Teléfono
Celular
e-mail

Firma

Firma

Así las cosas, si bien desde el año 2010, fecha en que se realizó la Junta Médica Laboral No. 34522 con una disminución de capacidad del 34%, el accionante tenía pleno conocimiento de varios diagnósticos que lo aquejaron, lo cierto es que no leyó ni diligenció el contenido de la declaración de asegurabilidad, pues el asesor en su momento le presentó varios documentos en bloque para que los suscribiera en aras de obtener el crédito hipotecario ofrecido.

Aunque se requirió al extremo pasivo para informar los datos de ubicación del asesor que le ofreció los productos financieros al demandante, no aportó las pruebas necesarias ni contradijo el dicho del actor, por lo que no se puede hablar de reticencia o inexactitud ante una

declaración que no se presentó correctamente al tomador, en el afán de contratar la obligación crediticia.

Si bien en las políticas comerciales antes citadas se exige un alto grado de diligencia por parte de los asesores, guiando claramente a los clientes para que informen su verdadero estado de salud y las consecuencias de no hacerlo, en el asunto de marras la aseguradora nulitante no demostró que su dependiente laboral haya efectuado lo anterior, pues ni siquiera se le explicó al cliente que era necesario adquirir un seguro para amparar el crédito o cuáles eran los riesgos que cubría, ya que, tal como lo afirmó el demandante, le presentaron un formato ya diligenciado solamente para su firma.

Sobre este tema en particular, la jurisprudencia ha señalado:

“En esas condiciones, para la Sala, si el actor dijo no haber sido informado del contrato de seguro ni sus condiciones y que sólo vino a enterarse de estar asegurado meses después, cuando vio en el extracto la palabra es seguro, y, por su parte, el asesor del Banco no pudo justificar cuáles fueron las características del producto contrato de seguro que realmente le suministró, como sus condiciones, amparos, limitaciones, exclusiones, necesarios para que el señor Varón tomará una decisión informada, pese a ser de interés suyo como deudor y requisito para la colocación del crédito, se hace evidente la falta de información que tenía derecho a recibir el interesado en ser asegurado. No se puede desconocer que él firmó esa solicitud de vinculación, e incluso que la tuviera en sus manos para revisarla, y que el Banco hizo lo que le correspondía para que el deudor quedare asegurado tramitando los documentos suministrados hasta lograrlo. Tampoco que la sola declaración del accionante, así se haya hecho bajo juramento, no constituye una prueba suficiente de su dicho, pues debe valorarse como lo ordena el inciso final del artículo 191 del C.G.P., pero surge innegable que la entidad de crédito no aportó evidencias de haber dado a conocer todo lo atinente al seguro de vida que estaba colocando para la compañía aseguradora. No se olvide que el Banco actuó como mero intermediario de BBVA Seguros y que, en esa medida, sus actos comprometen a la compañía misma; al fin de cuentas el producto no es suyo sino del asegurador y lo que hace es cumplir las instrucciones para lograr la suscripción de un seguro, en este caso, la vinculación a la póliza de vida grupo deudores.³³”

5. De otra parte, para sustentar su solicitud de nulidad relativa por reticencia, la demandada aportó dictamen pericial realizado por el profesional Gabriel Duque Posada³⁴, quien luego de analizar la documental aportada al plenario, en especial las piezas de la historia clínica del demandante, contrasta los diagnósticos puntuales de (i) *Discopatía lumbar- lumbago crónico – Discopatía cervical*, (ii) *Condromalacia Patelar* y (iii) *Gonalgia bilateral* con el *tarificador* de la Swiss Re, llegando a las siguientes conclusiones:

³³ Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá. Sentencia del 31 de mayo de 2023. R.A.B. 11001-3199003-2022-01380-01. M.P.: Ricardo Acosta Buitrago.

³⁴ Archivo 038.

De acuerdo a lo evidenciado anteriormente y según la revisión de la documentación anexa, se puede afirmar lo siguiente:

Desde el punto de vista médico y según todo lo descrito anteriormente, el señor **YIMI ARTUNDUAGA YUNDA** no mencionó ni registró ningún antecedente de salud al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, no fue exacto en la información suministrada y no informó diagnósticos y síntomas relevantes para la toma de una decisión de asumir el riesgo.

La presencia de las enfermedades documentadas en la historia clínica, aumentan el riesgo para la vida y para la disminución de la capacidad laboral DCL.

El mercado asegurador y re asegurador en condiciones similares a este caso, hubiesen asegurado con **RIESGO ESTÁNDAR PARA EL AMPARO DE VIDA Y NO HUBIESEN OTORGADO EL ANEXO DE ITP.**

Por lo anterior y sin lugar a dudas, en caso que el señor **YIMI ARTUNDUAGA YUNDA** hubiese declarado estos antecedentes, la aseguradora BBVA Seguros, hubiese asegurado con **RIESGO ESTÁNDAR PARA EL AMPARO DE VIDA Y NO HUBIESEN OTORGADO EL ANEXO DE ITP.**

En mi experiencia como médico calificador, al encontrar la existencia de estos antecedentes y teniendo en cuenta adicionalmente el antecedente de una calificación de DCL en la que se había otorgado un porcentaje de 34%, todo previo a la suscripción del seguro, se hubiese considerado como **RIESGO ESTÁNDAR PARA EL AMPARO DE VIDA Y NO HUBIESE OTORGADO EL ANEXO DE ITP.**

Empero, tal como lo señala el *a quo* y el apoderado de la parte actora, el perito basa su experticia en pantallazos anexos en su informe sin aclarar cuál es su origen, pues ni siquiera se aporta constancia de la existencia o de la experiencia de Swiss Re como agente en el mercado asegurador internacional.

En ese sentido, al momento de describir la experiencia de la compañía en la suscripción de casos similares, se pone de presente un pantallazo con una relación de clientes, de los cuales varios se repiten, pero no se precisa cuál es su origen y en qué porcentajes se niegan o negocian los seguros de vida.

El artículo 226 del Código General del Proceso exige del dictamen pericial una serie de requisitos mínimos para que pueda ser valorado probatoriamente, entre los cuales, esta explicar los métodos, experimentos e investigaciones efectuados para llegar a las conclusiones, lo cual en el asunto de marras no se cumple a cabalidad, ya que el profesional se limitó a afirmar que *“se realizó una revisión metódica y cronológica de los hechos y circunstancias que rodean cada uno de los antecedentes médicos y de suscripción que rodean este proceso. Para ello, se revisaron los documentos mencionados en el numeral anterior”*, sin aclarar cómo se efectuó la revisión o cuáles fueron sus insumos para llegar a las conclusiones, pues se itera, la experticia se fundamenta en pantallazos sin un origen claro. Frente a este asunto puntual, la jurisprudencia ha precisado:

“Sin embargo, este laborío no tiene mérito para comprobar la trascendencia de la información omitida por el asegurado, en tanto no obra explicación de los resultados que arrojan los cuadros que aportó en un

pantallazo, falencia que mina su poder suasorio. Además, al pretender sustentar su dictamen, destacó su experiencia en casos similares, empero esta se reduce a la cita de uno solo –del que no se acreditó que padeciera igual o similar patología– carencia así mismo reflejada sobre la afirmación de su intervención en más de 135.000 procesos de selección para la toma de los seguros de vida, de la que obra su exclusiva versión, debilidades que, en general, reducen el concepto al propio dicho del perito, sin acreditar que frente a la presencia de dislipidemia y el bloqueo, siempre se extraprima.

En este orden, a pesar de la especial ascendencia suasoria que tiene la prueba pericial para llevar al fallador los hechos de los que carece de especializado conocimiento, ello no comporta que se deba aceptar el desenlace propuesto por el solo hecho de su arribo al contradictorio, en la medida que tal trabajo debe concitar las condiciones de solidez, claridad, precisión y calidad de sus fundamentos y la descripción de las fuentes a las que se acudió, para que en su análisis bajo las reglas de la sana crítica y auscultando la argumentación técnica y científica vertida en él, se obtenga la necesaria firmeza y seriedad conceptual, para que el juez, al definir el conflicto, se acoja a esas conclusiones”³⁵.

En consecuencia, tal como lo concluyó el Juez de primer grado, no se encuentra acreditado que, en caso de conocerse el verdadero estado de salud del tomador, la aseguradora hubiese negado la póliza u ofrecerla en términos más onerosos, más aún, cuando a la demandada le asiste una serie de cargas derivadas de la buena fe comercial, el carácter masificado de su actividad y la experiencia comercial en el sector de seguros de vida que amparan riesgos relacionados con créditos bancarios.

6. Dicho esto, esta sede jurisdiccional no puede otra cosa sino confirmar la sentencia objeto de apelación, condenando en costas a la parte apelante conforme lo disponen los numerales 1° y 8° del artículo 365 *ejusdem*, por aparecer causadas.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Dieciséis Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia emitida por la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia el 12 de septiembre de 2023, por lo aducido en la parte motiva.

SEGUNDO: CONDENAR en costas en esta instancia a la parte demandada apelante y a favor de la demandante. Por intermedio de la

³⁵ Sala Civil del Tribunal Superior de Bogotá. Sentencia del 21 de marzo de 2023. Rad. 003-2022-00773-01. M.P.: Luis Roberto Suárez González.

autoridad de primer grado procédase a su liquidación incluyendo como agencias en derecho la suma de un salario mínimo mensual legal vigente.

TERCERO: Remítase el expediente al Despacho de origen, para lo pertinente.

NOTIFÍQUESE y CUMPLASE,

Firmado electrónicamente
CLAUDIA MILDRED PINTO MARTÍNEZ
JUEZ

JASS

JUZGADO 16 CIVIL DEL CIRCUITO
SECRETARIA

La providencia anterior se notifica por anotación
en el ESTADO ELECTRÓNICO No. 027
fijado el 23 de FEBRERO de 2024 a la hora de
las 8:00 A.M.

Luis German Arenas Escobar
Secretario

Firmado Por:
Claudia Mildred Pinto Martinez
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 016
Bogotá, D.C. - Bogotá 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: **7c40e22fd07436a7f83cd73de69e08e590fdcc969e1a4f0e3e5bb23fbde3277a**

Documento generado en 22/02/2024 02:15:13 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>