

JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD

Medellín, abril veintiocho de dos mil veintitrés

PROCESO	VERBAL
DEMANDANTE	JOHN JAIRO LOZANO RODRÍGUEZ
DEMANDADO	BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO	05001 40 03 026 2020 00970 01
INSTANCIA	SEGUNDA
DECISIÓN	CONFIRMA SENTENCIA

De conformidad con lo previsto en el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, en concordancia con el artículo 373 del CGP, por escrito, se procede a decidir el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida por el Juzgado Veintiséis Civil Municipal de Medellín el 21 de octubre de 2022, dentro del proceso verbal adelantado por JOHN JAIRO LOZANO RODRÍGUEZ contra BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

I. ANTECEDENTES

1. Demanda.

Pretende el demandante JHON JAIRO LOZANO RODRÍGUEZ, que se declare la existencia y validez de la PÓLIZA VIDA DEUDORES N° 022140000091203, con certificado individual de póliza N° 00130158624007331242, por el valor asegurado de \$93.100.000, por concretarse el riesgo amparado en el contrato con ocasión del porcentaje de pérdida de capacidad laboral que le fue otorgado al actor por parte de la JUNTA MÉDICO LABORAL N° 105216, registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército el 27 de noviembre de 2018.

Solicitó, además, se declare el incumplimiento del contrato por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., por la ocurrencia del siniestro amparado dentro de las referidas pólizas, dada su incapacidad total y permanente (desmembración – inutilización) y, en consecuencia, se cancele el saldo total de la obligación financiera adquirida con BANCO BBVA S.A.; entidad ésta última que deberá devolver al demandante las sumas de dinero abonadas a la obligación financiera desde la ocurrencia del siniestro que fue determinado a través de dictamen de PCL.

Como consecuencia de las anteriores declaraciones, solicitó condenar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., al pago del valor asegurado de \$93.100.000 y, al pago del saldo de la obligación financiera adquirida con BANCO BBVA S.A.

Así mismo, condenar al pago de intereses moratorios de conformidad a lo previsto en el artículo 1080 del Código de Comercio y de las costas procesales que se causen con ocasión de la acción impetrada.

Los hechos en los que se fundamenta la demanda se sintetizan de la siguiente manera:

Afirmó el demandante que fue miembro activo de las Fuerzas Militares para el Ejército Nacional de Colombia, actualmente retirado del servicio por condiciones de salud; que suscribió obligación financiera con el Banco BBVA Colombia S.A., la cual fue respaldada con la póliza seguro vida deudor N° 02-214-0000091203 con la compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., amparando una serie de riesgos como contraprestación de una prima a cargo del actor; entre ellos, muerte por cualquier causa e incapacidad total y permanente (desmembración – inutilización), ambos por valor de \$93.100.000 cada uno.

Adujo que, al momento de diligenciar el formulario ante la aseguradora, los espacios fueron llenados por la asesora, como se puede acreditar con el dictamen grafológico, que la letra que reposa en dicho documento no corresponde a la del demandante, sino solo su firma.

Señaló, que el 13 de junio de 2019, luego de la ocurrencia del siniestro amparado en el respectivo contrato de seguro (incapacidad total y permanente), el actor formuló derecho de petición ante la aseguradora, con el objeto de afectar la póliza; que el día 19 del mismo mes y año, la compañía le contestó, pero de manera incompleta, por cuanto no se informó sobre las políticas de suscripción, además del nombre del asesor que diligenció la declaración de asegurabilidad del señor Jhon Jairo Lozano, incumpliendo con ello con lo previsto en el artículo 23 de la Constitución Nacional.

Explicó, que en atención a que el demandante fue miembro activo de las Fuerzas Militares, en su momento fue calificado mediante el régimen especial al que pertenecía, por la Junta Médico Laboral registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército, el 27 de noviembre de 2018, a través del cual se le diagnosticó una pérdida de capacidad laboral y ocupacional del 74.11%, en los términos del Decreto 1796 del año 2000, el cual se ajusta con el criterio de calificación de la incapacidad total y permanente, superior al 50% para que el demandante sea declarado inválido.

Expone el actor, que la compañía aseguradora demandada, en su afán de

vender los seguros, no le informó ni orientó a cabalidad sobre las condiciones de la póliza, del diligenciamiento del formulario y de las consecuencias que acarrearía una errónea información del estado del riesgo; por lo que no existió mala fe por parte del demandante, sino que, por el contrario, cumplió oportunamente con el pago de la prima que le correspondía. Agregó, que la compañía aseguradora no le realizó al demandante examen alguno para evaluar su estado de salud y verificar el riesgo como carga que le impone al asegurador la jurisprudencia nacional.

Por lo anterior, considera que, con la falta de pago de la póliza, se le ha generado un daño patrimonial, por cuanto el demandante ha continuado cancelando con su propio peculio, la obligación financiera que asumió con el Banco BBVA, a pesar del estado de invalidez que padece, el cual estaba asegurado en el contrato de seguros referenciado.

2. Actuación procesal.

La demanda correspondió por reparto al Juzgado Veintiséis Civil Municipal de Medellín, siendo admitida el 15 de enero de 2021 y, una vez notificada la parte pasiva se allegó contestación por cada una de las entidades demandadas.

2.1 **BANCO BBVA** propuso como excepción previa “Ineptitud de la demanda por falta de requisitos formales o por “indebida acumulación de pretensiones”; medio de defensa que fue declarado prospero mediante proveído del 24 de mayo de 2021 y, en razón de ello, se excluyó como demandada a la entidad en cita Banco BBVA S.A.; en su lugar, se integró el litisconsorcio por activa con tal corporación, por lo que se ordenó continuar la demanda sólo en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

2.2 **BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.**, se opuso a las pretensiones de la demanda y, en razón de ello propuso como medios exceptivos, FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA, NULIDAD RELATIVA, RETICENCIA E INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO y DESATENCIÓN A LAS PRÁCTICAS DEL CONSUMIDOR FINANCIERO; AUSENCIA DE SINIESTRO, NO MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO, LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO, OPOSICIÓN A LOS INTERESES MORATORIOS E INDEXACIÓN.

Como fundamento de su defensa adujo que, la declaración de asegurabilidad

por parte del actor se produjo el 5 de septiembre de 2018 y la póliza fue emitida el día 13 del mismo mes y año, amparando los riesgos allí descritos de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

Agregó, que en el presente caso no se materializó el riesgo asegurado, por cuanto el demandante no presentó un dictamen realizado por las juntas o los centros certificados para ello según el manual único de calificación de invalidez, en el que se hubiere determinado una pérdida de capacidad laboral superior al 50% como lo indicaba el clausulado general de la póliza que rige la relación contractual; sino que por el contrario, la valoración se llevó a cabo a través del régimen especial de los militares, el cual contiene criterios diferentes y asignaciones porcentuales que no coinciden con el régimen ordinario, según se consagra en el artículo 28 del Decreto Ley 1793 de 2000, el cual dispone que se considera inválida la persona que cuente con una incapacidad permanente parcial igual o superior al 75%, lo que tampoco concuerda con el asignado al demandante en un 74.11%, ya que el mismo resulta equivalente a un porcentaje inferior a un 50% en el régimen ordinario, con base en el criterio de la invalidez; máxime que en el dictamen aportado con la demanda, el actor no fue declarado inválido, sino que se estableció una pérdida permanente parcial en el porcentaje referido.

Por lo anterior, afirmó que, aunque el demandante estaba sometido a un régimen especial que atiende a las particularidades de la seguridad social, para el seguro de vida que ahora reclama, debía presentar un dictamen de pérdida de capacidad laboral que se rigiera por el Manual Único de Calificación de Invalidez, pero como no se cumplió con lo acordado en las condiciones generales, además que al actor se le recomendó reubicación en otro puesto de trabajo, es clara la falta de materialización del siniestro.

Finalmente expuso la demandada en cita, que en la declaración realizada ante la aseguradora por el demandante el 5 de septiembre de 2018, se omitió información que resultaba esencial para la decisión de asumir o no el riesgo que Banco BBVA pretendía trasladar a BBVA Seguros de Vida S.A., ya que en aquella fecha ocultó algunas patologías que padecía previas a la asegurabilidad conforme se evidencia en las anotaciones del dictamen aportado por el actor, tales como que tenía una PCL del 29.67%, que había sido sometido a exámenes médicos, que contaba con lesiones en la clavícula, apnea olinotiva del sueño moderada, melasma, diabetes mellitus, varicocele izquierda grado I, oídos tinnitus bilateral, entre otras afecciones. Lo anterior, teniendo en cuenta que en la declaración rendida por el demandante respondió negativamente a las preguntas relacionadas con la realización de intervenciones quirúrgicas, si sufría

con incapacidad física o mental, enfermedades profesionales, cáncer o tumor, enfermedad de algún órgano o de cualquier otro problema de salud no contemplado; lo cual no coincidía con la realidad, lo que evidencia la mala fe del asegurado, en quien recaía la carga de declaración del estado del riesgo, sin que la compañía aseguradora deba practicar exámenes para verificar la veracidad de lo manifestado, tal como se dispuso en Sentencia emitida por la Corte Suprema de Justicia el 26 de abril de 2007, M.P.: Manuel Isidro Ardila Velásquez, en la que se estableció que la aseguradora debe presumir siempre la buena fe del asegurado al momento de declarar el estado del riesgo, puesto que el contrato de seguro se caracteriza por ser un contrato de “ubérrima buena fe”. Así mismo, en Sentencia de la misma Corporación, del 2 de agosto de 2001, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo, se advirtió que la carga de información que cobija al asegurador no borra o diluye la obligación precontractual de declarar el verdadero estado del riesgo que, por excelencia, le incumbe al candidato o tomador.

Posteriormente y para la continuidad del trámite, mediante proveído del 24 de enero de 2022, el juzgado de origen fijó fecha para audiencia inicial para el 21 de julio de la misma anualidad, decisión en la que igualmente decretó las pruebas solicitadas por las partes.

En el acápite de prueba pericial solicitada por la parte actora del auto en mención, el juzgado primigenio indicó que, el denominado “Dictamen de pérdida de capacidad laboral” aportado por el demandante, sólo sería valorado como prueba documental por no cumplir con los requisitos previstos en el numeral 3 y siguientes del artículo 226 del C.G.P. En su lugar, accedió a lo requerido por el actor en el escrito de réplica de excepciones, en cuanto a ser valorado por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez a fin de determinar el porcentaje de PCL del señor Lozano Rodríguez (archivo 39 digital); actuación que se llevó a cabo el 22 de agosto de 2022, mediante el cual los médicos ponentes de la junta referida, Jorge Alberto Martínez y Carmiña Pérez Restrepo, además del psicólogo Carlos Quintero Soto, determinaron un porcentaje de PCL del 41.20% con fecha de estructuración del 6 de septiembre de 2020, en el que se conceptúa como nivel de pérdida: incapacidad permanente parcial (archivo 80 digital).

3. La sentencia apelada.

Agotada la etapa de instrucción y juzgamiento y, una vez escuchados los alegatos de conclusión de las partes, el juez de primera instancia profirió sentencia el 21 de octubre de 2022, en la cual declaró probada la excepción de

mérito denominada AUSENCIA DEL SINIESTRO – NO MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO, propuesta por la parte demandada. Como consecuencia de ello, desestimó las pretensiones de la demanda sin condena en costas, en atención a que la parte demandante goza del beneficio de amparo de pobreza.

Destacó el juzgado primigenio, que el contrato de seguros se encuentra sujeto al cumplimiento de una serie de características y que sus elementos básicos están previstos en el artículo 1045 del Código de Comercio. Afirmó que, conforme a los lineamientos jurisprudenciales y doctrinales, existen clasificaciones de cara a las cláusulas delimitadoras del riesgo, las cuales precisan el riesgo que cubre el asegurador, las cláusulas que establecen el alcance y la obligación del asegurador para dar cobertura al asegurado, por lo que la validez de la póliza queda sujeta a las cláusulas generales de redacción, claras y precisas.

Para el caso concreto expuso que, la existencia del contrato de seguros se acreditó en el plenario, además de la legitimación del demandante para incoar la acción en calidad de asegurado. No obstante, conforme a la excepción de no materialización del riesgo propuesta por la parte pasiva, arguyó que, según la cláusula primera de las condiciones generales de la póliza adquirida con BBVA Seguros de Vida S.A., que fue aportada por la parte actora, se interpreta según criterios lógicos, que la mencionada cláusula es delimitadora del riesgo, porque atribuye al asegurado unos determinados derechos, asumiendo en el asegurador unas obligaciones correlativas, lo cual tiene conexión con lo previsto en el artículo 1506 del Código de Comercio. En ese sentido, señaló que el riesgo asegurado consiste en la incapacidad total y permanente del asegurado, siempre que sea calificado por médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias, por las Juntas Regional y Nacional de Calificación de Invalidez, en un porcentaje superior al 50%; por lo que, según los efectos del contrato de seguro celebrado por las partes, si bien no era requisito pertenecer a un régimen ordinario, la cláusula sí condiciona la cobertura a que la pérdida de capacidad laboral sea calificada por entidades que la determinen con base en normatividad ordinaria.

Por tanto, concluyó la A quo que, el dictamen aportado con la demanda no puede ser el sustento probatorio de la pretensión, por haberse obtenido en un régimen especial, sino que, por el contrario, debe fundarse en la experticia obtenida bajo el régimen ordinario según el Manual Único de Calificación de Invalidez, tal como se pactó en la cláusula primera, sin que la misma ostente el carácter de abusiva, toda vez que, de cara a la libertad probatoria, en la misma

se expuso que la calificación podía hacerse a través de perito idóneo bajo las reglas comunes del sistema general de seguridad social. Así entonces, argumentó que, como quiera que el demandante logró ser calificado en el curso del proceso por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, según la prueba por él pedida y dicha institución emitió tal concepto en un porcentaje inferior al 50%, es claro que no se materializó el riesgo, porque se itera, el documento aportado por el actor, no correspondía a lo referido en la cláusula, de cara al riesgo asegurable, sin que se hubiere presentado desequilibrio contractual alguno entre las partes.

Respecto de la prueba pericial practicada en el curso del proceso, expuso el juez de primera instancia, que la misma no fue desvirtuada por la parte actora, ya que pudo haber presentado otra experticia rendida por perito idóneo que demostrara lo contrario, pero sólo controversió el dictamen de la Junta Regional, con la declaración del perito, quien dilucidó claramente las razones de hecho y de derecho por las cuales se expide un dictamen bajo las normas de un régimen especial y ordinario; de lo que se concluye que este último, fue el establecido en la condición primera de la póliza reclamada.

4. El recurso de apelación.

La parte demandante impugnó la sentencia, precisando los reparos en el entendido que, la cláusula primera de las condiciones generales de la póliza se torna abusiva en los términos del artículo 11 de la Ley 1328 de 2009, toda vez que, de acuerdo a las calidades particulares del demandante, su calificación debía efectuarse a través del régimen especial, máxime que el dictamen aportado con la demanda es válido por ser aceptado por la parte demandada, el que sólo fue objetado por reticencia e inexactitud, pero no por ausencia de siniestro, como se acredita en la declaración rendida en interrogatorio, por el representante legal de BBVA Seguros de Vida S.A.

5. Trámite de la apelación

Concedida la alzada en el efecto suspensivo, se ordenó la remisión del expediente al Superior, asunto que fue asignado a esta dependencia para el fin correspondiente.

Mediante auto del 4 de noviembre de 2022, el Despacho admitió la apelación y concedió la oportunidad para sustentar. Dentro del plazo de rigor, el apelante sustentó su recurso con fundamento en que, no puede aceptarse que el

demandante debía ser calificado bajo el régimen ordinario, por cuanto desde la suscripción del contrato, la aseguradora conoció la condición de militar activo del señor Lozano, por lo que es lógico, que el trámite de determinación de invalidez debe realizarse a través de la entidad de Sanidad Militar, razón por la que considera que la cláusula aceptada por el juzgado de primera instancia es abusiva, toda vez que limita al ejercicio de los derechos del consumidor financiero, además que se desconoce la carga que le atañe a la aseguradora según lo estatuido en el artículo 1077 del Código de Comercio, quien debe demostrar los hechos excluyentes de su responsabilidad.

El apoderado demandante soporta además sus argumentos, en el hecho de que el señor Lozano Rodríguez actualmente está pensionado por invalidez, dada la disminución de su capacidad laboral en un 74.11%, la cual se concedió bajo el Decreto 1157 de 2014, que contiene los requisitos para que los miembros de las Fuerzas Militares accedan a dicha prestación con una disminución laboral igual o superior al 50%; por lo que no es cierto lo sustentado por el demandado, en el sentido de que deba contarse con una calificación superior al 75% para ser declarado inválido.

Por lo anterior, solicita la revocatoria de la decisión, para que, en su lugar, se condene a la aseguradora al reconocimiento de la prestación asegurada y, como consecuencia de ello, se cancele el saldo de la obligación financiera ante el Banco BBVA S.A.

Dentro del término legal, el apoderado judicial de la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., formuló apelación adhesiva para hacer reproches a los aspectos desfavorables de la providencia, en atención a que el juzgado de primera instancia no decidió sobre la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro propuesta por dicha entidad, dada la reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo por parte del demandante; aspecto que ameritaba un pronunciamiento en los términos del artículo 282 del C.G.P., en atención a que el litigio gira en torno a la responsabilidad civil originada por el contrato de seguro de vida, en el que el señor John Jairo Lozano respondió negativamente a todas las preguntas que se le hicieron respecto a si él padecía patologías, intervenciones quirúrgicas y/o antecedentes médicos relevantes en su estado de salud, información que fue determinante para que el asegurador diera su consentimiento en la celebración del contrato; circunstancia que concluye que fue reticente según lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio. Por tanto, juzgador debía determinar primero, si el contrato de seguro era existente, en segundo lugar, si era válido y, únicamente en caso de que ambas respuestas fueran afirmativas,

en tercer lugar, debía entrar a resolver sobre la demostración o no de la ocurrencia del siniestro en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

Así las cosas, solicitó la entidad adherente que, en caso de que en segunda instancia se llegare a dar la razón al demandante, declarando no probada la excepción de "Ausencia de siniestro"; de esta manera, se proceda a resolver las restantes excepciones, específicamente la de nulidad relativa del contrato de seguro, porque la misma hace referencia al nacimiento del mismo y de los vicios que presenta.

II CONTROL DE LEGALIDAD Y COMPETENCIA DEL SUPERIOR

De conformidad a lo previsto en el numeral 12 del artículo 42, además del artículo 132 del Código General del Proceso, se aprecian reunidos los presupuestos procesales para abordar de fondo el asunto, por cuanto se verificó la demanda en forma, competencia del juez, trámite adecuado, capacidad procesal para ser parte y comparecer al proceso, sin acreditarse alguna causal de nulidad que pueda comprometer la validez de lo actuado.

Por disposición del artículo 328 de la misma obra, salvo decisiones que se deban adoptar de oficio, este Despacho se limitará al análisis de los reparos concretos efectuados por las partes apelantes en contra de la decisión de primera instancia, sin perjuicio de contextualizar la materia objeto del litigio.

Expuestos de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la apelación, procede esta dependencia judicial a decidir el recurso con fundamento en las siguientes,

III CONSIDERACIONES

3.1 PROBLEMA JURÍDICO

Corresponde a esta dependencia determinar, si para efectos de reclamación del riesgo por parte del demandante ante la entidad aseguradora, de incapacidad total o permanente igual o superior al 50%, debía acreditarse la calificación a través de las reglas del régimen común o, si, por el contrario, la determinación puede validarse a través de decisión emitida por la Dirección de Sanidad Militar, que corresponde al régimen especial al que pertenecía el demandante.

3.2 GENERALIDADES DEL CONTRATO DE SEGURO.

El contrato de seguro, en los términos dispuestos en los artículos 1037, 1045, 1054 y 1066 del Código de Comercio, puede conceptualizarse como el vínculo jurídico que se crea entre el asegurador y el tomador, en virtud del cual aquél asume uno o varios riesgos determinados, asociados a un interés jurídico, a cuya materialización surge el deber de satisfacer una prestación en favor del asegurado, a cambio del pago de una prima.

Sobre esta temática ha precisado la Corte:

“En términos generales, es aquél un negocio bilateral, oneroso, aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una empresa autorizada para explotar esta actividad, 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, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos estos 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 (SC, 29 en. 1998, exp. n.º 4894).

De la anterior definición se desprenden los elementos esenciales del contrato de seguro, los cuales se encuentran establecidos por el Art. 1045 del Código de Comercio, a saber:

- i) Interés Asegurable: es el que tiene aquella persona cuyo patrimonio o vida se pueda ver afectado por la ocurrencia del riesgo, susceptible de ser amparado en el contrato de seguro.
- ii) Riesgo Asegurable: Es la probabilidad de ocurrencia de un siniestro, el cual debe ser futuro y objetivamente incierto, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas)» (SC7814, 15 jun. 2016, rad. n.º 2007-00072-01).
- iii) El precio del seguro: también conocido como prima, que constituye la contraprestación a cargo del tomador y, a favor del asegurador por asumir el riesgo trasladado, el cual se calcula según *“bases de sostenibilidad económica que permitan, a más de su rentabilidad, el eventual pago de siniestros futuros a la mutualidad que los trasladó”* (SC4527, 23 nov. 2020, rad. n.º 2011-00361-01).
- iv) La obligación condicional del asegurador: consistente en la satisfacción de

la prestación asegurada, en caso de que efectivamente ocurra el siniestro.

Ahora bien, de los preceptos anteriores se destaca que, *El Riesgo*, es el eje sobre el cual se estructura la operación aseguraticia, por tener una conexión ineludible con el interés asegurado, determinante para el cálculo de la prima y para el pago de la prestación a cargo de la aseguradora. Respecto de este elemento ha señalado la doctrina: *“la razón o causa que late a la hora de contratar un seguro no es otra más que la de prevenirse o anticiparse a las consecuencias dañinas que puede suponer la verificación de un siniestro que generalmente no se desea, en suma, se perfecciona para que una parte indemnice a la otra (o a la persona que ésta designe en concepto de beneficiario de) las consecuencias de un evento dañoso (siniestro)”*¹.

En el caso del seguro de vida, el riesgo principal que se asume es la muerte, pero las partes pueden pactar mayores cubrimientos, con lo que es frecuente que se incluyan amparos adicionales, como los riesgos de enfermedad, accidente e **invalidez**, sin que el contrato pierda su naturaleza, por cuanto los seguros provisionales, si bien operan como seguros de personas, tiene sus propios regímenes. En ese sentido, la forma en que se llegue a hacer efectiva alguna reclamación por la ocurrencia del siniestro asegurado, dependerá del régimen en el cual se quiere hacer efectivo el mismo, según los términos pactados en el amparo, porque dicho acuerdo constituye ley para las partes, siempre que se genere bajo las reglas del ordenamiento jurídico.

Ahora bien, ante la amplitud de los eventos que son susceptibles de ser amparados, la aseguradora puede especificar los riesgos a los que se obliga, conforme lo dispone el artículo 1056 del Código de Comercio, norma que le reconoce plena autonomía al asegurador para delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, toda vez que dicha norma establece que la entidad podría asumir, con las restricciones legales. Este concepto igualmente fue citado en Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020, Rdo. 2011-00361-01.

De antaño la Corte ha establecido que *“el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro, ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, queden sin embargo excluidas de la protección que promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones”*².

¹ Abel B. Veiga Copo, *Concepto y caracteres del contrato de seguro*. En Rodrigo Bercovitz Rodríguez (Dir.), *Tratado de Contratos*, Tomo V, Tirant lo Blanch, Valencia, 2009, p. 5535.

² SC, 7 oct. 1985, reiterada SC3839, 13 oct. 2020

Así las cosas, para que nazca a la vida jurídica la obligación de la compañía de pagar el seguro, es necesario que se estructure el siniestro, que no es otra cosa que la realización del riesgo asegurado (art. 1072 C. de Co). De esta manera, los celebrantes del convenio asegurativo contraen una serie de obligaciones y cargas: **i)** la principal obligación, para el asegurado o beneficiario, es la de pagar la prima o valor de la póliza “*a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza*” –art. 1066 C.Co-, mientras que su principal deber es dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro (art. 1075) y, **ii)** para el asegurador, la principal obligación es la de pagar el siniestro dentro del término estipulado por la Ley. (art. 1080).

Por tanto, la ocurrencia del siniestro en el que se ve comprometida la integridad física del tomador de la póliza impone una valoración de acuerdo al texto expedido por la aseguradora en el contrato de seguro, según los términos del pacto de amparo que constituye ley para las partes de vida que adquirió el actor.

3.2.1 NATURALEZA Y ELEMENTOS PROPIOS DEL SEGURO DE VIDA

El contrato de póliza de seguro de vida tiene como propósito hacer frente a los daños causados por un siniestro que puede afectar la capacidad de una persona para pagar una obligación; encuentra su regulación en el capítulo III del Título V del Libro IV del Código de Comercio; e igualmente a éstos son aplicables los principios comunes a los seguros terrestres, según lo ha sostenido de manera reiterada la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ellos los principios relativos al “*(...) perfeccionamiento y partes en el contrato de seguro (arts. 1036 y 1037 C. de Co.); sus elementos esenciales (art. 1045, ib.); los requisitos para hacer efectiva la obligación del asegurador en caso de siniestro (arts. 1077 y 1080, ib.)*”³.

Mediante Sentencia del 30 de junio de 2011, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, M.P. Edgardo Villamil Portilla, precisó lo siguiente:

“(...) Esta forma de aseguramiento, como está concebida, representa una garantía adicional de carácter personal, cuyo acogimiento depende de la aquiescencia del deudor y de las políticas sobre manejo de riesgo de las entidades financieras, todo, sin perjuicio de que el mismo obligado decida adquirir dicho amparo por iniciativa propia.

6.2. Sucede, sin embargo, que cuando se constituye dicha garantía,

³ 1Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia CSJ SC, 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, reiterada en sentencia SC11204-2015

normalmente el deudor-asegurado adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas con la aseguradora que otorga la póliza colectiva. Por su parte, el numeral 2º del artículo 210 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993), establece que “en todos los casos el deudor deberá recibir un certificado individual y copia de las condiciones del contrato de seguro con la estipulación de la tarifa aplicable”, lo que deja ver la necesidad de que el asegurado, cuyo interés asegurable es el que se protege, cuente con la debida información sobre el contenido y alcance de la póliza contratada.

(...)

6.10. En el seguro de vida grupo deudores, dada su naturaleza y finalidades especiales, el valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor tomador y la aseguradora, quienes para tal fin gozan de libertad negocial...”.

En el caso de seguro de vida adquirido por un crédito financiero, las cláusulas que rigen este contrato se pactan entre el banco tomador y la compañía aseguradora, quien señala a aquél las condiciones, requisitos y demás directrices que deben cumplirse para que los deudores queden amparados por la cobertura.

3.2.2. CLÁUSULAS DEL CONTRATO

Para determinar el alcance del contrato de seguro que se suscribe, nos debemos remitir a las cláusulas pactadas en la póliza, los documentos que la integran, y los anexos; estas cláusulas del contrato de seguro se denominan como generales y específicas.

Las primeras, se han definido como “*la columna vertebral de la aseguradora*” y se aplican a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador. Las segundas, son aquellas que se elaboran para cada contrato específico, reflejan la voluntad de las partes, de la aseguradora, del tomador y del asegurado⁴.

Por otra parte, la póliza es el “documento contentivo del contrato de seguro”, según lo dispone el artículo 1046 del Código de Comercio, la cual deberá expresar las condiciones del contrato y demás requisitos previstos en el artículo 1047 de la codificación en cita., norma que en su párrafo cita: “*En los casos en*

⁴ Sentencia T-715 de 2012, retomada en la Sentencia T-053 de 2017, Corte Constitucional.

que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”.

Ahora bien, en desarrollo del principio de la buena fe, las cláusulas del contrato de seguro deben ser determinadas de manera clara y sin vacíos, de tal manera que se tenga certeza de lo pactado. Al respecto, el Código Civil en su artículo 1624, establece que *“las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”.*

Por lo general, se tiene que, el contrato de seguros es estructurado por las entidades aseguradoras, quienes, usualmente, manejan contratos de adhesión y, por ende, imponen el contenido del negocio. En contraste, el consumidor financiero, tiene una pequeña participación en la elaboración del contrato, por lo que muchas veces, amerita su protección para propender por la eliminación de todos los elementos que generan inseguridad en la ejecución del mismo.

Así las cosas, la consagración de condiciones para la ocurrencia del riesgo, como sucede en este caso, no es más que el uso de la facultad que confiere el artículo 1056 del Código de Comercio, según el cual *“con las restricciones legales, el asegurador pondrá, 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”.*

3.2.2.1. CLAUSULAS ABUSIVAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

Tanto la doctrina como la jurisprudencia han considerado estas cláusulas como aquellas estipulaciones que limitan el ejercicio de los consumidores y proporcionan ventajas a costa del contratante individual, a las que se adhiere el tomador sin posibilidad de controvertirlas porque han sido diseñadas de manera unilateral por la aseguradora, aspectos que generan un desequilibrio contractual.

A través de la Ley 1328 de 2009, *“por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”*, se especificó la prohibición de las cláusulas abusivas en el marco de un contrato de seguros de adhesión con el fin de impedir el abuso de la posición dominante que, por lo general, tiene las aseguradoras respecto a sus usuarios. Muy especialmente, el artículo 11 de dicha normativa, prohíbe la utilización de

cláusulas o estipulaciones contractuales abusivas en los contratos de adhesión, y en su párrafo prevé la sanción por desatender este imperativo, así: *“Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero”*.

Lo anterior, por cuanto se ha señalado que, si bien las compañías de seguros cuentan con libertad para fijar sus cláusulas, ello no se extiende para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por regla, como quiera que quien define el contenido de este acuerdo de voluntades es la aseguradora, en acatamiento del principio *pro consumatore*, la misma debe encargarse de eliminar todos los elementos que generen inseguridad para el usuario en la ejecución de las obligaciones, así como abstenerse de incurrir en cláusulas abusivas.

IV. CASO CONCRETO

Conforme con los elementos probatorios obrantes en el plenario, en el presente asunto se encuentra acreditado que, el señor JOHN JAIRO LOZANO RODRÍGUEZ, a través de una obligación financiera suscrita con el Banco BBVA Colombia, adquirió un seguro de vida con la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., bajo la póliza N° 02-214-000009120300-9614613196, la cual fue expedida el 13 de septiembre de 2018, con las siguientes coberturas:

AMPARO	VALOR ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$93.100.000
Incapacidad total y permanente (Desmembración – inutilización)	\$93.100.000

Se acreditó igualmente, que el mencionado contrato de seguro estipuló un amparo básico contra el riesgo de muerte por cualquier causa, no contempló exclusiones y se establecieron condiciones generales⁵.

En el acápite de “AMPAROS” (numeral 1), en su numeral 1.1 se incluyó como cobertura la **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, en la que se dispuso lo siguiente:

“Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad de 70 años y 364 días, quedare incapacitado en forma

⁵ Archivo 002 Rdo. 026-2020-00970-00 Folios 33 a 38.

total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada así mismo por el asegurado...”.

Ahora bien, atendiendo los reparos que frente a la sentencia de primera instancia plantea el demandante, se tiene que los mismos se sustentan en dos aspectos: i) que la cláusula primera de las condiciones generales del contrato de seguro objeto de reclamo se torna abusiva, por cuanto no puede aceptarse que el demandante debía ser calificado bajo el régimen ordinario, dada su condición de militar activo, que conoció la aseguradora desde la suscripción de la póliza, por lo que, la pérdida de su capacidad laboral debía determinarse por la Dirección de Sanidad Militar y, ii) que se tenga en cuenta el dictamen aportado por el actor, rendido por Sanidad Militar, en el que se determina una pérdida de capacidad laboral en un 74.11%, el cual es válido por ser aceptado por la parte demandada, ya que sólo fue objetado por reticencia e inexactitud, pero no por ausencia de siniestro.

Para desatar el primer reparo y conforme al precedente jurisprudencial y normativo que existe en materia de contratos de seguros sobre cláusulas abusivas, tenemos que, en el presente asunto, la condición negocial general impugnada, está regida por el principio de buena fe, en especial, el deber de información que en estos casos se impone a la entidad aseguradora de brindar al demandante los servicios ofrecidos de manera suficiente, clara y oportuna, que permita que los consumidores financieros conozcan sus derechos y obligaciones establecidas con la entidad.

Nótese, como en el interrogatorio de parte rendido por el demandante el 21 de julio de 2022⁶, la juez de primera instancia le preguntó, qué documentos le fueron presentados para la firma del contrato, a lo que respondió: múltiples documentos.

⁶ Ver archivo “76ActaAudienciaInicial”, vínculo 2 de la diligencia.

Luego, se le indagó si leyó los documentos que le fueron suministrados, a lo que contestó que no, “por afán del asesor” y, por otra pregunta del Despacho, además de la realizada por el apoderado judicial de la aseguradora BBVA Seguros de Vida S.A., se le cuestionó si acostumbraba a firmar documentos sin leer, a lo que contestó negativamente.

De otra parte, se tiene que, en la parte inferior de la póliza aportada por el demandante, suscrita por el mismo, se evidencia lo siguiente: “*El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a disposición a través de la página www.bbva.com.co;*” así mismo se cita: “*CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO*”.

Así entonces, de las circunstancias anotadas, no considera esta dependencia judicial que la cláusula objeto de reparo se torne abusiva y genere desequilibrio contractual entre las partes, por cuanto en la condición general primera, expresamente se incluyó como cobertura “*INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*”, en la que se explicó claramente los efectos del beneficio, “*incluyendo los regímenes especiales*”, precisando que, la incapacidad se consideraba cuando la calificación de PCL, se realizara por el médico determinado por la aseguradora y, en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, superior al 50%, es decir, la entidad no supeditó la materialización de la cobertura a la calificación exclusiva de la aseguradora, sino que también definió otros entes idóneos para ello, pudiendo escoger el asegurado, si a bien lo consideraba, que la calificación la efectuara en primera instancia la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

De lo anterior se colige que, si bien el asegurado pertenecía a un régimen especial, los beneficios de la cobertura incluían al mismo, pero, la incapacidad total permanente que se le determinara, debía estar estrechamente vinculada con que su calificación de PCL se realizara a través del régimen ordinario, teniendo en cuenta los entes que allí se mencionan para ello.

Por lo anterior, no se cumplen los supuestos de la ley 1328 de 2009 y, que en similar sentido está contenido en la ley 1480 de 2011, por cuanto no logró acreditarse por el demandante, que la aseguradora hubiere incumplido con su deber negocial de haber puesto a disposición del asegurado sobre el contenido del clausulado, además de explicarle las condiciones de la cobertura y de sus garantías, por cuanto como se dijo, aceptó haber firmado la póliza y, el

desconocimiento que alega sobre su contenido, no lo excusa para el cumplimiento de lo pactado.

Nótese que incluso en la demanda se hace referencia a una prueba grafológica para demostrar que el formulario no fue diligenciado por el mismo, pero tal probanza no fue aportada en algunas de las oportunidades procesales para ello y, por el contrario, en el interrogatorio de parte aceptó que la póliza fue firmada por el mismo. Por tanto, no prospera el primer reparo planteado.

Ahora, frente al segundo reparo, en el sentido de que se tenga en cuenta el dictamen de PCL aportado por el demandante expedido por la Dirección de Sanidad Militar en la que se determinó una calificación del 74.11%, como porcentaje superior al pactado en el contrato de seguro para la materialización del riesgo asegurado; encuentra esta dependencia que, en consonancia con los argumentos anteriores, se hace necesario hacer énfasis en lo siguiente: conforme se explicó en las consideraciones precedentes, para determinar el alcance del contrato de seguro que se suscribe, basta con remitirnos a las cláusulas y exclusiones que en el mismo se pacten, por cuanto contienen el riesgo asegurado, sus modalidades, condicionamientos especiales e incluso, el régimen en el cual se requiere hacer efectivo el mismo, porque dicho acuerdo constituye ley para las partes, siempre que se genere bajo las reglas del ordenamiento jurídico.

Por lo anterior, se observa que, de la literalidad de la condición general contenida en el numeral 1.1 de la póliza suscrita entre el demandante y BBVA Seguros de Vida S.A., se indica que, para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado, según las condiciones pactadas en la póliza y que, aquella se considerará, “siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada así mismo por el asegurado...”.

Recordemos que esta cláusula general, está destinada a delimitar de una parte, la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que regula las relaciones entre las partes vinculadas al contrato y define la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones que de él dimanar. Por tanto, no queda duda alguna que la calificación de PCL del asegurado, aquí demandante, debía realizarse a través del régimen ordinario de calificación de invalidez y, si bien el asegurado pertenecía al régimen especial por estar adscrito

a las Fuerzas Militares en su condición de militar activo al momento de suscribir la póliza en el mes de septiembre de 2018, régimen del que obtuvo una calificación superior al 50%; tal determinación aplica para los beneficios que se derivan de dicho régimen especial en materia de seguridad social por no poder continuar su desempeño en el campo para el cual laboraba; sin embargo, para los efectos de reclamación del seguro, para el amparo de la incapacidad total y permanente, no se ajustaba al requisito para la demostración de ocurrencia del siniestro en los términos pactados, que, como se dijo, tal disminución laboral debía expedirse por un ente idóneo según el régimen ordinario de calificación de invalidez.

Por otra parte, cabe advertir que, tal como se demostró en el plenario, al momento del juzgado primigenio decretar las pruebas solicitadas por las partes, se determinó que el dictamen aportado por el demandante expedido por Sanidad Militar, sólo sería valorado como prueba documental por no cumplir con los requisitos previstos en el numeral 3 y siguientes del artículo 226 del C.G.P., decisión que no fue objeto de reparo por la parte demandante. En su lugar, el juzgado de primera instancia accedió a la solicitud del actor contenida en la réplica de excepciones de mérito, en el sentido de ser valorado en el proceso, por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez a fin de determinar su porcentaje de PCL; actuación que se surtió a cabalidad, en la que se determinó una disminución laboral del demandante en un 41.20% con fecha de estructuración del 6 de septiembre de 2020, en el que se conceptúo como nivel de pérdida: incapacidad permanente parcial (archivo 80 digital).

Cabe aclarar, que ésta prueba, que incluso fue pedida por el mismo demandante, sólo fue sujeta a contradicción de su parte, a través de la declaración del perito, pero no logró desvirtuar su contenido, como tampoco consiguió aportar otro dictamen válido dentro de la oportunidad para pedir pruebas, que acreditara a través de una calificación bajo el régimen ordinario de calificación de invalidez, que el demandante contaba con una disminución laboral superior al 50% conforme se pactó en la condición general primera de la póliza materia de litigio.

Así mismo, se evidencia que, de acuerdo a lo establecido en el numeral 2 del artículo 229 del C.G.P., el juzgado de primera instancia al decretar la prueba pericial solicitada por el demandante, quien además contaba con el beneficio de amparo de pobreza, acudió a una institución pública de reconocida trayectoria e idoneidad como lo es la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, cuyo perito acreditó los requisitos que demostraban su experiencia y competitividad para ello, prueba que de ningún modo se halla incurso en yerro *facti in iudicando* en la modalidad de derecho, por cuanto como se dijo, es un

medio conducente y eficaz, para estimar pérdidas de capacidad laboral en el ámbito aseguraticio, pues para su función procede como organismo autorizado por el ordenamiento para realizar la calificación de la invalidez, como un auténtico perito calificado y, en la misma se determinó incapacidad permanente parcial, cuando el amparo reclamado, hace referencia a “Incapacidad total y permanente”.

Por tanto, no puede pretender ahora el demandante, que se tenga en cuenta ante esta instancia, una valoración de la que no ejerció el derecho probatorio que le correspondía en primera instancia, por cuanto el dictamen que aportó con la demanda sólo se tuvo en cuenta como prueba documental y, de la experticia por él pedida mediante la Junta Regional en cita, arrojó un porcentaje inferior al pactado en la póliza, del que tampoco logró desvirtuar; por lo que el segundo reparo también está llamado al fracaso.

Finalmente, en lo relacionado con la apelación adhesiva formulada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., en atención a que la misma se fundamentó en que, en caso de que se llegaren a tener en cuenta las razones aducidas por el demandante, se procediera a resolver las restantes excepciones según lo previsto en el artículo 282 del C.G.P., y como quiera que la decisión de primera instancia será confirmada, por sustracción de materia no se hace necesario emitir pronunciamiento alguno.

Bajo esa perspectiva, se confirmará el fallo de primera instancia, sin condena en costas por cuanto la parte demandante goza del beneficio de amparo de pobreza.

DECISIÓN,

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO. CONFIRMAR la sentencia del 21 de octubre de 2022, proferida por el Juzgado Veintiséis Civil Municipal de Oralidad de Medellín, dentro del proceso de la referencia, por las razones expuestas.

SEGUNDO. Sin condena en costas por gozar el demandante del beneficio de amparo de pobreza.

TERCERO. DEVOLVER el expediente digital al juzgado de origen, una vez ejecutoriada la presente sentencia.

7

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:
Beatriz Helena Del Carmen Ramirez Hoyos
Juez
Juzgado De Circuito
Civil 011
Medellin - Antioquia

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: **bdb63bc8ea9204e59c9a5d62ee064cf3fbc36591d93ad26696e2eb3f4209c6ed**

Documento generado en 02/05/2023 09:15:23 AM

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