**ANÁLISIS CASO EDELMIRA CERQUERA BARREIRO VS BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTRO**

**RAD:** **2023-00106**

|  |  |
| --- | --- |
| **JUZGADO:** **ASUNTO:** | Cuarto Civil Municipal de NeivaVerbal  |
| **DEMANDANTES:** | 1. Edelmira Cerquera.
 |
| **ASEGURADO:**  | Jesús María Barreiro Cerquera. |
| **DEMANDADOS:** | 1. BBVA Seguros de Vida S.A.
2. Banco BBVA.
 |
| **TIPO DE VINCULACIÓN:** | Demandados directos. |
| **FUNDAMENTO DE LA DEMANDA:** | Se solicita el pago con cargo al seguro teniendo en cuenta que falleció el asegurado. |

1. **HECHOS DE LA DEMANDA**

De conformidad con los hechos de la demanda el 30 de julio de 2013 el señor JESUS MARIA BARREIRO CERQUERA adquirió el crédito N° 361-9602243536 con la entidad bancaria BBVA, por un valor de $56.500.000, en virtud de lo anterior se suscribió póliza de seguro con el fin de amparar la obligación crediticia, sin embargo, se indicó que el 28 de febrero de 2014 se presentó el fallecimiento del señor JESUS BARREIRO, por lo que para el mes de marzo de 2014 la señora EDELMIRA CERQUERA recibió una serie de llamadas por parte de la entidad bancaria para que continuara como titular de la obligación financiera. La parte actora manifestó que solicitó la afectación de la póliza de seguro, sin embargo, la entidad bancaria objeto la reclamación presentada, sin embargo, la señora EDELMIRA CERQUERA canceló la totalidad de las cuotas del crédito.

1. **PRETENSIONES**

Las pretensiones van encaminadas al reconocimiento de $27.135.904 por concepto de pago realizados, el pago de intereses moratorios, 50 SLMVM por concepto de perjuicios morales y el pago de costas y agencias en derecho.

1. **CALIFICACIÓN**

La calificación de la contingencia se mantiene como REMOTA, pues si bien no fue decretado el dictamen pericial destinado a corroborar las condiciones en que la seguradora habría contratado el seguro de conoces el verdadero estado de salud del asegurado, la prescripción contemplada en el artículo 1081 del C. Comercio se encuentra acreditada.

**DESARROLLO AUDIENCIA ART 372**

**22 DE ENERO DEL 2025 (empieza a las 8:30 a.m.)**

**ASISTENCIA DE LAS PARTES:**

-Se verifica la demandante y su apoderado.

-se verifica la comparecencia del abogado del Banco quien también asiste como RL.

-No aceptan la delegación.

-Se conecta la Dra. Claudia Mosos como RL de la compañía y como apoderado de la aseguradora comparece Daniel Lozano Villota.

**EXCEPCIONES PREVIAS:**

Ninguna pendiente de decidir.

**CONCILIACIÓN**:

No hay ánimo conciliatorio, se declara fracasada esta etapa.

**INTERROGATORIO DE PARTE**

**RL BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.**

Manifiesta que el banco hace a las aseguradoras una licitación privada la cual para el año 2013 correspondió a la aseguradora mediante el seguro de vida grupo deudores para todos los clientes del banco y a través de esta entidad financiera se ofrecen dichas pólizas. De forma previa se capacita a los asesores del banco para colocar las pólizas quienes informan al cliente del banco y este ve si toma la póliza.

La prima o la póliza se descuenta mensualmente del crédito. Existe en este el amparo de vida y de incapacidad total permanente.

La fecha del siniestro en el amparo de vida es el día del fallecimiento del asegurado.

De manera presencial se otorga al asegurado el formulario para asegurarse el cual tiene las preguntas expresas sobre el estado de salud. También se hace una doble confirmación con el asegurado de que lo plasmado es la verdad y conoce lo que está contratando, se le informa las consecuencias de no declarar la verdad y el asegurado firma confirmando que conoce todo lo anterior.

En este caso el seguro se suscribió en el año 2013, tenía un valor de 56.500.000 que fue el valor desembolsado por el Banco.

El asegurado no tenía ninguna enfermedad o dolencia, como respondió negativamente se le dio un amparo automático y se contrató como un riesgo normal.

El documento de solicitud de seguro está en todas las oficinas del banco. Si el señor contesta que no tiene enfermedades se da cobertura inmediata, pero si dice que sí, se suspende la suscripción y se remite al departamento de suscripción de la aseguradora y con los médicos respectivos se establece cómo se debe contratar el seguro.

En el documento aparece un listado de enfermedades que resultan preponderantes para la compañía con el fin de que informe si ha tenido ese tipo de enfermedades.

Ejemplo: si el señor indica que padeció del corazón, se va la solicitud a la compañía, se le solicita exámenes y la historia clínica para ver qué tipo de dolencia tuvo y conforme a esto se tarifa el riesgo, se da un sobrecosto al seguro porque implica una agravación del riesgo.

Si fallece el asegurado es probable que los herederos acudan al banco o a la compañía aseguradora para presentar la reclamación y la aseguradora puede pagar el siniestro u objetar la reclamación.

Si la reclamación se hace al banco, el banco de forma inmediata lo remite a la aseguradora.

El formulario determina el estado del riesgo independientemente de la causa de muerte, por eso la sola situación la aseguradora procede a objetar la reclamación pese a las posiciones jurisprudenciales que puedan existir.

Menciona que para el momento de la reclamación no conocía esta, pero para la audiencia le pasaron todos los documentos y sabe que la reclamación fue en abril de 2014, se objetó dentro del término con base en la hipertensión, enfermedades coronarias, diabetes la cual se pregunta de forma expresa en el formulario. Se vio en la HC esta situación y que el asegurado acudió a citas médicas por dichos padecimientos por lo que él conocía de sus padecimientos, pero fue reticente porque negó tenerlos cuando se le preguntó.

No se toman correctivos posteriores a la objeción debido a que los asesores son debidamente capacitados y se les pone de presente el trámite del seguro y quien más que el asegurado para diligenciar el formulario que debe saber de su estado de salud.

La información de la HC se tiene porque el asegurado al suscribir el seguro autoriza consultar la HC, lo que se hizo al momento de objetar la reclamación. Es una autorización general y la compañía tiene sus entes o empresas que investigan la HC.

La señora Edelmira canceló la obligación en el año 2017, según se verifica en la demanda.

Pregunta el apoderado de la contraparte ya que la juez denegó la declaración de parte porque se pidió con base en el artículo 198 del CGP.

Se le pregunta por la capacitación para asegurar a personas de la tercera edad. Frente a esto dice que el hecho de que el asegurado tenga 69 años no es óbice para asegurarlo y que lo importante es que el asesor le explique sobre la necesidad de declarar con la honestidad.

La póliza estuvo vigente hasta que el señor falleció. No sabe si se siguió debitando para el seguro después del fallecimiento del señor.

Con base en la declaración de asegurabilidad se consideró que el asegurado gozaba de buena salud, si se hubiera sabido de la hipertensión, afecciones coronarias o diabetes otro habría sido el comportamiento de la aseguradora, pero como no se supo se contrató como un riesgo normal. Por esto la HC solo se consultó al momento del fallecimiento.

**EDELMIRA CERQUERA**

Actualmente es pensionada docente.

Dice que el causante hizo personalmente los trámites para el préstamo y que nunca le comentó nada sobre los mismos.

No sabe de dolencias de su esposo antes de fallecer, pero el día que falleció lo acompañó donde el médico porque tenía tos. Le dijeron que falleció y le dijeron que tenía problemas respiratorios.

Antes de eso no recuerda que su esposo le haya hecho mención alguna de cualquier tipo de dolencia o que tuviera que ir a alguna cita médica.

Empezó a pagar en marzo de 2014 el crédito de su esposo. Pagó 17 cuotas de millón doscientos o trescientos.

No le dieron paz y salvo en el banco.

Dice que el pago de cuotas le causó afectación económica porque ganaba poco e igual debía pagar esas cuotas.

**RL BANCO BBVA**

Los asesores de las oficinas les dicen a los clientes las condiciones para adquirir un crédito y las modalidades de estos créditos.

Se otorgó al causante un crédito de $56.500.000 respaldada en un pagaré con el número terminado en el 5569. Sabe que el asesor le dijo que debía tener un seguro.

Se ofrecieron los diferentes seguros y el causante tomó el de BBVA Seguros de Vida.

El banco pide una póliza, pero dice que no participa en la colocación de la póliza y que solo es beneficiario de la póliza.

Se dice que hay una especie de convenio con BBVA Seguros, pero dicho convenio no obliga a que deba ser con esa aseguradora.

A veces el cliente no sabe con qué aseguradora tomar el seguro entonces el asesor comercial le indica con quién puede tomarla.

Si tiene un preaprobado o radicó los documentos de la solicitud del crédito y pasó los filtros del banco verificando los requisitos, se firma el pagaré y se desembolsa el dinero, de ahí se empieza a pagar el crédito en los términos acordados.

Sabe que mensualmente se cancela una cuota. Dentro de la cuota mensual está el capital, intereses y seguro, es lo que sucede normalmente, pero no sabe si en este caso fue así.

Luego del fallecimiento se solicitó al banco información sobre las pólizas entonces un asesor comercial indicó que la reclamación debería hacerse con la aseguradora, entiende que la demandante canceló cuotas del crédito con el banco, pero no tiene conocimiento de la cifra precisa.

No conoce el estado actual de la obligación, pero puede averiguarlo.

Con cualquier aseguradora se procede a hacer el pago mensual en la forma en que se indicó anteriormente.

En este caso puntual se estaba pidiendo seguro, pero no todos los créditos lo requieren.

Cuando se conoce el fallecimiento de un deudor el crédito no desaparece, sino que sigue y puede tener varias alternativas: el proceso con garantía real en el proceso hipotecario. En este caso en concreto no conoce si hay un proceso judicial por la deuda o no.

La obligación no se ha endosado a la demandante, solo sabe que se han realizado unos pagos por esa deuda, eso no quiere decir que la obligación la tenga un tercero. Desconoce si hay algo vigente o un pendiente del crédito que esté en cabeza de la señora Edelmira.

Desconoce si la aseguradora efectuó el pago, pero dice que la reclamación tiene que hacerla el titular.

Cuando la gente entra en mora la deuda se pasa a la casa de cobranza quien contacta al deudor o intentan buscar una referencia del deudor para llamar a preguntar por la obligación del cliente. El banco no autoriza a que se presione a terceros a pagar la deuda sino solo al titular por lo que desconoce el motivo del hecho en el que la demanda dice que se presionó a la demandante.

**FIJACIÓN DEL LITIGIO**

Juez: Considera que está probada la adquisición del crédito.

Para la aseguradora: es cierto que se adquirió el seguro, que en la declaración de asegurabilidad es la aportada y que se respondió negativamente a las preguntas sobre la existencia de padecimientos, que la reclamación se efectuó en abril del año 2014 y que se objetó en mayo del mismo año, que el seguro se ofreció haciendo uso de las instalaciones del banco.

Abogado demandante: encontró cierta la existencia del crédito y de contrato de seguro, dice que no hubo controversia sobre los extractos aportados por el mismo banco, fallecimiento del titular, es cierto el pago al banco, es cierta la reclamación y la objeción.

JUEZ: está probada la existencia del crédito adquirido, existencia del contrato de seguro que respalda la obligación, el fallecimiento del señor Jesús María Barreiro, la existencia de la reclamación que realizó la demandante para efectivizar la póliza, la respuesta de objeción a la reclamación.

Propone como problema jurídico el incumplimiento del pago por parte de la aseguradora.

Ante esto el demandante solicita agregar el de la responsabilidad del banco frente al cobro recepción de pagos efectuados por la demandante de manera posterior al fallecimiento y si por esto hay lugar a indemnización o reconocimiento de pago de perjuicios.

La aseguradora solicita se agregue si se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro y la reticencia la cual conlleva a la nulidad del contrato.

JUEZ: La fijación queda así:

Hechos probados: existencia del crédito, existencia del contrato, fallecimiento del titular del crédito, existencia de la reclamación de la demandante, existencia de la objeción a la reclamación.

Problemas jurídicos: ¿incumplió BBVA Seguros con el pago del riesgo asegurado por el fallecimiento del asegurado el cual respaldaba la obligación adquirida con el banco?, determinar la responsabilidad del banco BBVA en el cobro y pago de las cuotas ¿hay lugar a reconocer daños o indemnización a la demandante? ¿ se configura la prescripción de las acciones del contrato de seguro ¿se configura la reticencia y la consecuente nulidad?

**DECRETO DE PRUEBAS**

Parte demandante:

Se decreta la documental.

Se niega la declaración de parte solicitada por la propia demandante. De todas formas, la señora Edelmira ya respondió al interrogatorio del Despacho y de la aseguradora.

Pruebas BBVA Banco:

No solicitó.

ASEGURADORA:

La prueba documental se decreta.

Frente a la petición de la HC, dice que la aseguradora contaba con la autorización para revisar la HC, por lo tanto, estaban en su poder dichos documentos y se podían aportar, entonces se niega la exhibición y el oficio pues la RL dijo que se usó para acceder a los documentos médicos.

Ya se agotó el interrogatorio de parte y la declaración fue negada.

Testimonio de Katherine Cárdenas es pertinente, conducente y útil. Se decreta.

Frente al dictamen pericial menciona que, si bien la reticencia hace alusión a no haber informado los temas de salud, esta no se relaciona con la variación de la tarifa por lo cual eso no interesa al juzgado. Las prexistencias las aporta la HC y no el peritaje.

Requiere a las partes para que aporten los documentos que se tengan sobre la salud del titular del crédito y para esto se otorga el término de 10 días.

Requiere al banco para que allegue dentro del término de 10 días el estado actual de la obligación.

Apoderado de la parte demandante: solicita traer a colación un proceso presentado en el juzgado primero municipal de pequeñas causas de Neiva que se radicó en 2019 y no pudo ser notificado contra las mismas partes. El juez resuelve diciendo que la solicitud es improcedente pues desde el 16 de agosto de 2024 conocía de la contestación y no se pronunció solicitando la prueba. Se deniega.

La aseguradora procede a interponer recurso de reposición y en subsidio de apelación la cual la señora juez no quiere adoptar como recurso porque dice que fue extemporáneo.

Sin embargo, adopta las observaciones frente a la HC y amplía el decreto oficioso requiriendo la HC a la EPS e IPS cuando esta se llegue a conocer y también a la liga contra el cáncer.

El juzgado niega la solicitud de tramitar los recursos porque los considera extemporáneos.

Se programa audiencia del artículo 373 el 20 de marzo a las 8:00 a.m.

Debemos citar a la testigo.Evitar que esté en un cubículo, que no pase nadie por atrás.

Termina a la 1:15 p.m.