

Señores

**JUZGADO DÉCIMO (10°) CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA**

Avenida 2e No.7-56, Tercer Piso, Oficina 319A

Avenida Gran Colombia, Palacio de Justicia de Cúcuta, NS.

[jcivm10@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:jcivm10@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

Recibí: Carolina Castro J  
26/11/2024 4:29 pm  
Anexo: Póliza Original  
N° 052812010025 2 pólizas

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 540014003010-2021-00302-00  
**DEMANDANTE:** DORAY GUALDRON FORERO  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

**ASUNTO: APORTA PRUEBAS PENDIENTES-EXHIBICIÓN DE ORIGINAL**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando como apoderado judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** como se encuentra acreditado en el plenario, comedidamente allego al despacho los documentos originales que fueron solicitados mediante auto del 25 de septiembre de 2024.

Mediante el auto antes mencionado este Despacho decretó pruebas, y entre ellas accedió a la solicitud del demandante consistente en ordenar a mi representada "la exhibición del original del documento denominado "SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES" de las Pólizas: a) Póliza No. 02 2019 0000199129 Certificado No. 0013-015866-4004269981 y b) Póliza No. 02 2019 0000198946 – Certificado No. 00130158-69-4004263737".

Para el efecto el juzgado dispuso que la entidad aseguradora allegue los mentados documentos en el término de 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicho proveído. Mismo término en el

que mi prohijada debía allegar otros documentos que le fueron solicitados, empero el 24 de octubre de 2024, dentro del término concedido, el suscrito allegó los documentos requeridos, a excepción de los dos documentos originales que le fueron solicitados, razón por la cual en esa calenda se solicitó una prórroga del término, toda vez que la consecución de los mismos tomaba más tiempo, comoquiera que se debían extraer de los archivos de la compañía y posteriormente ser enviados desde la ciudad de Bogotá a las instalaciones del juzgado en Cúcuta.

A la fecha su señoría no ha resuelto sobre la solicitud de prórroga, sin embargo, procedo a allegar los dos documentos originales que fueron requeridos, cumpliendo cabalmente con la orden impartida en el auto del pasado 25 de septiembre de 2024.

Respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

SOLICITUD/CERTIFICADO  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

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

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO		SUCURSAL		CIUDAD
Año	Mes	Día		
BENEFICIARIO			NIT	
BBVA COLOMBIA S.A			860.003.020-1	
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA	
Año	Mes	Día	FIN DEL CREDITO A LAS 24 HORAS	

NOMBRES Y APELLIDOS					IDENTIFICACIÓN		EDAD
Doray Guldron Forero					37586878		56
DIRECCIÓN			TELÉFONO	CIUDAD			
UICH # 3-02			33870499	Santill			
FECHA DE NACIMIENTO		Año	Mes	Día	SEXO	OCUPACIÓN/ PROFESIÓN	
60/		4	3		M	Pensionada	

DATOS DEL SEGURO							
TASA	EXTRA PRIMA	ANEXO ITP		OBLIGACIÓN NO		VALOR DE LA OBLIGACIÓN (Vr. Asegurado)	
%	%	Si	No				
PRIMA ANUAL	\$	PERIODICIDAD	A	S	T	M	Vr. PRIMA
Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza y Consumer finance)							
NOMBRES Y APELLIDOS			PARENTESCO			% PARTICIPACIÓN	

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS  
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

ESTATURA	60cm	PESO	62	Kg	FUMA	Si	No	¿Cuántos cigarrillos diarios?	
Deportes que practica	Caminata								
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?								Si	No
¿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
BOCIO, 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 HEMOLINFÁTICO 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 SENOS, MATRIZ, 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
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:									

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en [www.bbvaseguros.com](http://www.bbvaseguros.com). El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A) BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticos, de control, supervisión, muestreos, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, de datos personales, los operadores, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección de datos personales y las políticas internas del BBVA; b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos del en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.

\*Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurado para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1068 Código de Comercio.

El causatario con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvaseguros.com.co](http://www.bbvaseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

**CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD INCLUYENDO MI ESTADO REAL DE SALUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.**

Para constancia se firma en Guango a los 22 días del mes de NOV de 2016

ASEGURADO		SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO	
Dirección para Línea Consumidor Financiero		IVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. léfono 2191100 232224 jvacolombia@bbva.com.co	
		 M026300110236201589609293622	

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

SOLICITUD/CERTIFICADO  
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

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

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO			SUCURSAL			CIUDAD		
Año	Mes	Día						
BENEFICIARIO						NIT		
BBVA COLOMBIA S.A						860.003.020-1		
VIGENCIA DESDE						VIGENCIA HASTA		
Año	Mes	Día	FIN DEL CREDITO A LAS 24 HORAS					
DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO								
NOMBRES Y APELLIDOS						IDENTIFICACIÓN		EDAD
Doray Waldron Torero						37886878		56
DIRECCIÓN						TELÉFONO	CIUDAD	
Ute 143-02						313390493	San Gil	
FECHA DE NACIMIENTO	Año	Mes	Día	SEXO	OCUPACIÓN/PROFESIÓN			
	60	4	3	M	Pensionada			

DATOS DEL SEGURO								
TASA	EXTRA PRIMA	ANEXO ITP	OBLIGACIÓN NO			VALOR DE LA OBLIGACIÓN (Vr. Asegurado)		
%	%	SI	No					
PRIMA ANUAL	\$	PERIODICIDAD	A	S	T	M	Vr. PRIMA	
Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza y Consumer finance)								

NOMBRES Y APELLIDOS			PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

ESTATURA	1.60 m	PESO	62 Kg	FUMA	SI	No	¿Cuántos cigarrillos diarios?	
Deportes que practica <u>Volineta</u>								
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?								
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?								
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?								
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?								
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?								
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS								
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO								
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO								
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNNA								
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS								
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN								
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS								
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO								
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO								
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS								
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE								
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?								
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.								
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?								
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURENCIA:								

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida. En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra Institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

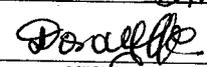
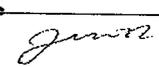
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercado, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en [www.bbvasseguros.com](http://www.bbvasseguros.com). El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticos, de control, supervisión, muestreos, mercado y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, legales, contractuales, o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 las cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.

\*Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1068 Código de Comercio. El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD INCLUYENDO MI ESTADO REAL DE SALUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Para constancia se firma en Bimanga a los 22 días del mes de Nov de 2016

	SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO	
ASEGURADO		A SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Dirección para Consumidor Financiero Ca	M026300110236201589609261785	fono 2191100 2224 acolombia@bbva.com.co