



Doctora

ELIANA MARGARITA CANCHANO VELASQUEZ

JUEZ TREINTA Y SIETE (37) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D. C.

cmpl37bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

dianaalejandra.zuluaga@bbva.com

notifica.co@bbva.com

defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

notificaciones@gha.com.co

notifica.co@bbva.com

E. S. D.

DEMANDANTE

HECTOR RAMIREZ ZAPATA

DEMANDADOS

BANCO BBVA S. A., Y SEGUROS BBVA S. A.

DEMANDA

DECLARATIVA VERBAL DE RESPONSABILIDAD
CIVIL CONTRACTUAL

RADICADO

110014003037-**2023-01286-00**

DESCORRER TRASLADO DE EXCEPCIONES SEGUROS BBVA S. A.

ANGEL GONZALEZ RIVEROS, persona natural, mayor de edad, con domicilio principal la Ciudad de Bogotá D. C., identificado con la cedula de ciudadanía No. 17.345.497 de Villavicencio (Meta) y Tarjeta Profesional No. 223.393 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado del señor **HECTOR RAMIREZ ZAPATA**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 16.233.399 de Cartago (Valle del Cauca), me permito describir excepciones:

I. EXCEPCIONES DE MERITO

1. NO EXISTE PRESCRIPCION DEL CONTRATO DE SEGUROS.

El artículo 1081 del Código de Comercio, prevé el término de prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguros:

La prescripción ordinaria será de **dos años** y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debió tener conocimiento del Hecho que da base a la acción. Se resalta

La prescripción extraordinaria será de **cinco años**, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Se resalta

- i. El crédito fue desembolsado el 01 de julio de 2021.
- ii. El día 11 de noviembre de 2021, el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, fue notificado de la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021, en la cual le da una Perdida de la Capacidad Laboral (PCL), del SESENTA Y TRES

PUNTO SETENTA Y NUEVE POR CIENTO (**63.79%**), siendo su fecha de estructuración el 25 de agosto de 2021

- iii. El día 05 de diciembre de 2021, el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, presento reclamación directa al BANCO BBVA COLOMBIA S. A., y SEGUROS BBVA COLOMBIA S. A., donde solicita la cancelación del valor asegurado por haberse cumplido el objeto contractual. El día 20 de diciembre de 2021, la compañía de seguros dio respuesta y en esta objeto el pago del seguro
- iv. La demanda fue presentada el 13 de diciembre de 2023.

El término de prescripción se interrumpió el 05 de diciembre de 2021, cuando el demandante presento la reclamación directa a las entidades demandadas y esta fue respondida el 20 de diciembre de 2021. El artículo 94 del CGP., establece *"El termino de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.*

Con lo anterior se demuestra que el demandante tenía hasta el **05 de diciembre de 2026**, para que le operara la prescripción extraordinaria y la demanda fue radicada el 13 de diciembre de 2023.

2. NO SE DA LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS POR DECLARACION RETICENTE O INEXACTA.

- i. SEGUROS BBVA S. A., no le realizo ningún tipo de examen médico al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, al momento de adquirir el crédito No. 001301589623203155, cuando tuvieron todas las posibilidades de hacerlo, tampoco le exigieron que allegara un examen médico con el fin de determinar su estado de salud para dejar claro sus preexistencias o historia clínica y de esta manera excluirlo del contrato de seguros y por ende del crédito referido. Lo anterior no sucedió porque en el momento que el consumidor financiero diligencio los documentos del crédito No. 001301589623203155, ningún funcionario de SEGUROS BBVA S. A., se hizo presente, la información del seguro de vida tampoco la suministro la entidad financiera, solo se limitó en el formulario de vinculación señalar el sitio donde se debía firmar y colocar su firma, la primera aparición que hace SEGUROS BBVA S. A., en el crédito No. 001301589623203155, fue a los seis (6) meses de haber firmado los documentos para el referido crédito y fue para objetar el pago del seguro, omitiendo su deber de información y debida diligencia en la colocación del seguro que aseguro el crédito No. 001301589623203155.
- ii. EL actuar negligente de SEGUROS BBVA S. A., que le impidió conocer las condiciones reales de salud del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, ahora no puede ser trasladado a este, con el

Página 2 de 11

propósito de evadir la cobertura del riesgo asegurado y por el que ha pagado cumplidamente.

- iii. En el momento que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, adquiere el crédito No. 001301589623203155, no fue advertido que dentro del formulario de vinculación se encontraba un seguro, tampoco le fue extendida copia del clausulado del seguro que firmo en los formulario, ni tampoco se hizo presente ningún funcionario de SEGUROS BBVA S. A., que diera alguna explicación sobre el asunto propio de su cargo, ahora pretender hacer exigencias al asegurado no resulta lógico que en su momento debió exigir la compañía de seguros, el funcionario de la entidad financiera, le extendió varios formularios entre estos el de vinculación y del seguro no le suministro ninguna información.
- iv. SEGUROS BBVA S. A., aproximadamente seis (6) meses después que fue diligenciado los documentos del crédito No. 001301589623203155, hace su primera aparición, no puede hacer manifestaciones sobre reticencia, omisión de declarar, el cuestionario fue incluido por parte de la entidad financiera, sin dar ningún tipo de explicación, ya que ningún funcionario de SEGUROS BBVA S. A., se hizo presente, ni antes, ni durante, solo seis (6) meses después adquirido el crédito No. 001301589623203155, para objetar el pago del seguro.
- v. La ubérrima buena fe de SEGUROS BBVA S. A., no ha existido, ya que utilizo a la entidad financiera para que suministrara la información del seguro, quien tampoco la suministro, las entidades vigiladas al no suministrar la información del seguro de vida grupo deudores al consumidor financiero en el crédito No. 001301589623203155, omitieron sus deberes de información y debida diligencia en la colocación del seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155.
- vi. El consumidor financiero en ningún momento ha negado su estado de salud, otra cosa muy distinta que ninguna de las entidades vigiladas lo hayan preguntado durante la colocación del seguro de vida, además resulta irrelevante por lo siguiente.

Además los quebrantos de salud que le consumidor financiero haya padecido antes de la colocación del seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155, resultas irrelevantes, ya que en el clausulado del seguro, SEGUROS BBVA S. A., estableció lo siguiente: (...) *incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso las causadas intencionalmente por este.*

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

- vii. La Corte Constitucional a afirmar que existe una regla según la cual las aseguradoras tienen que demostrar la mala fe de la tomadora para que proceda la objeción por reticencia, postura reiterada en las siguientes sentencias.¹

3. SI EXISTE OBLIGACION DE PRACTICAR EXAMENES MEDICOS AL ASEGURADO

- i. La Corte Constitucional, en múltiples sentencias de tutela, ha indicado que la aseguradora tiene un deber de diligencia superior por ser la experta en seguros y quien ostenta la posición dominante en la relación jurídica; que debe verificar la información entregada por las tomadoras, y que, tratándose de seguros de personas, a estas debe practicarles exámenes médicos o solicitarlos y revisar sus historias clínicas, con el fin de que prosperen las excepciones de nulidad relativa por reticencia o inexactitud. Postura que ha sido reiterada en las siguientes sentencias de tutela: T-684 de 2015, T-024 de 2016, T-501 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016 y T-282 de 2016, T-251 de 2017 y T-591 de 2017, T-660 de 2017, T-027 de 2019, T-061 de 2020 y recientemente en la T-025 de 2024.

¹ sentencias T-830 de 2014, T-919 de 2014, T-393 de 2015, T-316 de 2015, T-684 de 2015, T-570 de 2015, T-058 de 2016, T-240 de 2016, T-609 de 2016, T-501 de 2016, T-670 de 2016, T-282 de 2016, T-571 de 2017, T-658 de 2017, T-027 de 2019 y T-061 de 2020

Misma posición reiterada en Fallos de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las siguientes sentencias SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023, Y STL588-2023.

- ii. De otro lado, la jurisprudencia constitucional y ordinaria ha sostenido que la aseguradora tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad². Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”³. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocían sobre los vicios de la declaración (*vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades*) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el **conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración**. Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016⁴, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023⁵ y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016⁶, T-660 de 2017⁷ y T-025 de 2024. Se resalta

² Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez. Y Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

³ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

⁴ En esta providencia, la Sala de Casación Civil sostuvo que “si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, (...) mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro”. De manera que sugiere que de existir motivos de sospecha, la aseguradora se habría visto obligada a realizar averiguaciones adicionales.

⁵ En esta sentencia de tutela, la Sala de Casación Laboral estimó que era razonable la interpretación del Tribunal de instancia conforme a la cual “en lo atinente a las críticas de la recurrente por la omisión en los exámenes médicos y revisión de la historia clínica del asegurado, se tiene que en ello no asiste una obligación legal que releve de la fiel declaración de su estado de salud y si bien se invocan precedentes de la Corte Constitucional al respecto, deben ser examinados en su contexto, siendo que en el sub judice, ante las contundentes constancias en el aludido documento, que tal como afirmó el A quo, es claro y preciso, al respecto, no existía rastro alguno que permitiera el menor asomo de duda sobre alguna contingencia que alterara el riesgo”. De manera que sugiere que la razón por la cual la obligación de realizar averiguaciones adicionales no era exigible, es porque no había motivos de sospecha. En caso contrario dicha obligación habría sido exigible.

⁶ En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que para que el deber de realizar exámenes médicos al tomador “resulte exigible a las aseguradoras, es indispensable que en el cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad (...). Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia”.

⁷ Ib.

4. EN LA COLOCACION DEL SEGURO, QUE ASEGURO EL CREDITO No. 001301589623203155, QUIEN ACTUO DE MALA FE, FUE SEGUROS BBVA

- i. SEGUROS BBVA COLOMBIA S. A., utilizo a la entidad financiera para que dentro de los formularios del crédito incluyera el seguro de vida, sin que ninguna de las entidades demandadas suministrara la más mínima información del seguro de vida grupo deudores que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, adquiriría en el crédito No. 001301589623203155, y de esta manera falto a sus deberes de información y debida diligencia.

5. LA OBLIGACION DE SEGUROS BBVA, ES PAGAR EL SINIESTRO ASEGURADO.

- i. El señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, adquirió un crédito con el BANCO BBVA COLOMBIA S. A., crédito que le correspondió el No. 001301589623203155, por un valor de CIENTO DOCE MILLONES DE PESOS (**\$112.000.000**), el crédito fue desembolsado el 01 de julio de 2021, el crédito fue asegurado mediante la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor con la compañía de seguros, SEGUROS BBVA COLOMBIA S. A., este seguro cubre muerte por cualquier causa e incapacidad total y permanente (ITP).
- ii. El día 11 de noviembre de 2021, el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, fue notificado de la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021, en la cual le da una Perdida de la Capacidad Laboral (PCL), del SESENTA Y TRES PUNTO SETENTA Y NUEVE POR CIENTO (**63.79%**), siendo su fecha de estructuración el 25 de agosto de 2021.
- iii. En cumplimiento a lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio, y lo referido en el clausulado sobre el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el demandante demostró la ocurrencia del siniestro, al aportar el Dictamen de pérdida de Capacidad Laboral No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021, de la Dirección de Sanidad del Ejercito Nacional, donde se le califico una pérdida de su capacidad laboral del 63.79%, siendo su fecha de estructuración el 25 de agosto de 2021.

6. EXCEPCION GENERICA

- i. Toda vez que las excepciones propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A., no están llamadas a prosperar, solicito comedidamente al despacho que de no encontrarse alguna que pueda ser declarada de oficio, la excepción genérica sea desechada.

7. LA SUMA ASEGURADA NO ES EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACION, ES EL 100% DE VALOR DESEMBOLSADO.



- i. SEGUROS BBVA, busca engañar al despacho manifestando que la suma asegurada es el saldo insoluto de la deuda, cuando en realidad es el 100% de la suma desembolsada.
- ii. Con la contestación de la demanda SEGUROS BBVA S. A., aporto la certificación de las coberturas del seguro, que aseguro la obligación No. 001301589623203155, en esta reza lo siguiente: La certificación es de fecha 08 de junio de 2024; que el beneficiario oneroso es BBVA COLOMBIA, por el 100%; AMPARO Incapacidad Total y Permanente, valor asegurado \$112.000.000.



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **HECTOR RAMIREZ ZAPATA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **16.233.399**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9623203155** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 262 0000071239**, certificado No. **0013-0158-61-4019125618**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$112,000,000.00
Incapacidad total y permanente	\$112,000,000.00

La última prima cobrada fue por \$68.443, correspondiente al periodo del 02/05/2024 al 01/06/2024.

El beneficiario oneroso de la póliza es BBVA Colombia, 100%. La póliza fue formalizada el 01 de julio del año 2021, actualmente se encuentra vigente.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

8. QUE EL SEGURO TIENE UN BENEFICIARIO ONEROSO.

- i. Así fue manifestado en la demanda, Que los demandados, cancelen en forma contractual y solidariamente, a favor del BANCO BBVA COLOMBIA S. A., la suma asegurada, que corresponde a la suma desembolsada el 01 de julio de 2021, por un valor de CIENTO DOCE MILLONES DE PESOS (**\$112.000.000**), por ser el beneficiario de la obligación asegurada
- ii. Que los demandados, cancelen en forma contractual y solidariamente, a favor del BANCO BBVA COLOMBIA S. A., los intereses y demás emolumentos a la máxima tasa permitida de



la suma de CIENTO DOCE MILLONES DE PESOS (**\$112.000.000**), por ser el beneficiario de la obligación, desde el 25 de agosto de 2021, fecha de estructuración de la Junta Medica No. 120401, y fecha de ocurrencia del siniestro asegurado

Prueba testimonial

Solicito al despacho se cite a rendir declaración a la señora **KATHERINE CARDENAS**, funcionaria de BANCASEGUROS, quien conoce de las condiciones del seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155, en audiencia pública fijada por el despacho, conteste el interrogatorio que verbalmente le formularé y cuyo contenido versará sobre los hechos y circunstancias en los que se funda esta demanda, según lo preceptuado en el artículo 212 del CGP., con este testigo se demostrara las irregularidades en las que incurrieron las entidades demandadas, en la colocación del seguro de vida, que aseguro el crédito No. 001301589623203155. Quien puede ser notificada en la Carrera 7 # 71 - 52 Torre A Piso 12 de Bogotá D. C., Tel. (601) 4010000, Correo Electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

Solicito al despacho se cite a rendir declaración a la señora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, funcionaria de SEGUROS BBVA, quien conoce de las condiciones del seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155, en audiencia pública fijada por el despacho, conteste el interrogatorio que verbalmente le formularé y cuyo contenido versará sobre los hechos y circunstancias en los que se funda esta demanda, según lo preceptuado en el artículo 212 del CGP., con este testigo se demostrara las irregularidades en las que incurrieron las entidades demandadas, en la colocación del seguro de vida, que aseguro el crédito No. 001301589623203155. Quien puede ser notificada en la Carrera 7 # 71 - 52 Torre A Piso 12 de Bogotá D. C., Tel. (601) 4010000, Correo Electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

Frente a la solicitud de exhibir documentos el demandante

El único documento que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, posee, es la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021, la cual ya se encuentra en el expediente aportada con la demanda.

Frente al anuncio de aportar dictamen pericial

Anuncio al despacho, que una vez sea aportado el dictamen pericial anunciado por SEGUROS BBVA, presentare la respectiva contradicción como lo establece el artículo 228 del CGP.

EL DEMANDANTE SE SOSTIENE EN EL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Conforme al artículo 206 CGP, bajo la gravedad de juramento me permito manifestar, que el valor de las pretensiones asciende a la suma de CIENTO DOCE MILLONES DE PESOS (**\$112.000.000**), valor que corresponde al crédito desembolsado por el BANCO BBVA COLOMBIA S. A., valor que debe ser cancelado de manera contractual y solidaria por SEGUROS BBVA

Página 8 de 11



COLOMBIA S. A., y BANCO BBVA COLOMBIA S. A., a la entidad financiera por ser esta la beneficiaria de la suma asegurada, más los intereses de plazos, corrientes y de mora, que le puedan corresponder a este valor, desde el 01 de julio de 2021, fecha de estructuración de la Junta Medica No. 120401, y fecha de ocurrencia del siniestro asegurado.

Con la contestación de la demanda SEGUROS BBVA S. A., aporto la certificación de las coberturas del seguro, que aseguro la obligación No. 001301589623203155, en esta reza lo siguiente: La certificación es de fecha 08 de junio de 2024; que el beneficiario oneroso es BBVA COLOMBIA, por el 100%; AMPARO Incapacidad Total y Permanente, valor asegurado \$112.000.000.



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **HECTOR RAMIREZ ZAPATA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **16.233.399**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9623203155** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 262 0000071239**, certificado No. **0013-0158-61-4019125618**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$112,000,000.00
Incapacidad total y permanente	\$112,000,000.00

La última prima cobrada fue por \$68.443, correspondiente al periodo del 02/05/2024 al 01/06/2024.

El beneficiario oneroso de la póliza es BBVA Colombia, 100%. La póliza fue formalizada el 01 de julio del año 2021, actualmente se encuentra vigente.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los ocho (08) días del mes de junio del año dos mil veinticuatro (2024).

SOLICITUD PROBATORIA A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A., EN ATENCION AL PRINCIPIO DE LA CARGA DINAMICA DE LA PRUEBA ART. 167 CGP., IGUALMENTE SOLICITADO EN LA DEMANDA Y MEDIANTE DERECHO DE PETICION.

- i. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, certifique el tipo de contrato o qué clase de vinculación laboral tenía el funcionario de la entidad aseguradora, que ofreció y diligencio el seguro de vida, que aseguro el crédito No. 001301589623203155.

- ii. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, Certifique las funciones que cumplía el funcionario de la entidad aseguradora, que ofreció y diligenció el seguro de vida, que aseguro el crédito No. 001301589623203155.
- iii. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, certifique el nombre, documento de identidad y la ubicación del funcionario de la Compañía de Seguros, que se encontraba como responsable o líder de la entidad aseguradora, en la sucursal del BANCO BBVA COLOMBIA S. A., en la fecha en que fue asegurado el crédito No. 001301589623203155, fin solicitarle al despacho que sea escuchado en declaración, a fin de que, en audiencia pública fijada por el despacho, conteste el interrogatorio que verbalmente le formularé y cuyo contenido versará sobre los hechos y circunstancias en los que se funda esta demanda, según lo preceptuado en el artículo 212 del CGP., con este testigo se indagará sobre la información que le suministro al demandante en la colocación del seguro de vida.
- iv. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, expida copia del contrato del seguro de vida que aseguraba el crédito No. 001301589623203155 anexando el comprobante de entrega al demandante.
- v. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, expida copia íntegra de la póliza del seguro de vida y sus anexos, del seguro de vida que aseguraba el crédito No. 001301589623203155, según lo dispuesto en los artículos 1047 y 1048 del CCIO., anexando el comprobante de entrega al demandante.
- vi. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, expida copia de la caratula de la póliza del crédito No. 001301589623203155, anexando el comprobante de entrega al demandante.
- vii. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, aporte el contrato o la licitación del seguro de vida, que suscribió con el BANCO BBVA COLOMBIA S. A., que estaba vigente al momento de adquirir el seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155.
- viii. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, aporte el plan de capacitaciones que le suministro al funcionario del BANCO BBVA COLOMBIA S. A., que ofreció y diligenció el crédito No. 001301589623203155.
- ix. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, aporte el manual operativo del seguro de vida grupo deudores, que se encontraba vigente para la fecha del crédito No. 001301589623203155.
- x. Que la COMPAÑÍA DE SEGUROS, aporte la ficha descriptiva del seguro de vida grupo deudores, que se encontraba vigente para la fecha del crédito No. 001301589623203155.

Las anteriores pruebas solicitadas son; pertinentes, conducentes y útiles al presente proceso, ya que con ellas se demostrara que las entidades demandadas, faltaron a sus deberes de información y debida diligencia en la colocación del seguro, que aseguro el crédito No. 001301589623203155, además que en vigencia del contrato de seguros acaeció el siniestro



asegurado y que las entidades demandadas son responsables solidariamente, pruebas que solo se encuentran en poder de las entidades demandadas. Pruebas que fueron solicitadas mediante derecho de petición y en la demanda.

Respetuosamente,



ANGEL GONZALEZ RÍVEROS
CC. 17.345.497 de Villavicencio (Meta)
T. P. 223.393 del C. S. de la Judicatura
gonzalez.angel189@gmail.com

Anexo: lo enunciado

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO
DEUDORES BANCASEGUROS**

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA “LA COMPAÑÍA”, CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y HOMICIDIO DESDE EL PRIMER DÍA, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, “LA COMPAÑÍA” concede sin recargo de intereses un plazo de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, “LA COMPAÑÍA” tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y “LA COMPAÑÍA” quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores las primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a “LA COMPAÑÍA” para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por “LA COMPAÑÍA” o en la fecha especificada por el tomador, si esta es posterior a la fecha de recibido para tal terminación y el tomador será responsable de pagar a “LA COMPAÑÍA” todas las primas adeudadas en esa fecha.

“LA COMPAÑÍA” devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa del tomador, el contrato no será nulo, pero “LA COMPAÑÍA” sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha en que se perfecciona el contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de prima.
- b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
- c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
- e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
- f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza.
- g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
- h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, desmembración o inutilización, si han sido contratados por el tomador.
- i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de “LA COMPAÑÍA”, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por “LA COMPAÑÍA”.
- c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

“LA COMPAÑÍA” o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a “LA COMPAÑÍA”.

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑÍA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com
Línea nacional: 018000934020
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPAÑÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPAÑÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑÍA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA- ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA- NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA- DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA- OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA- DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

Por convenio entre “LA COMPAÑÍA” y el tomador, el presente anexo hace parte de la Póliza de Vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, si como asegurado sufre una incapacidad que impida de en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación siempre que no haya sido provocada por el asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado.

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.

2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.



Bogotá D.C., 20 de diciembre de 2021

Señores
BBVA COLOMBIA S.A.
Gerente Sucursal 259 CARTAGO

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	0110043
	ASEGURADO	HECTOR RAMIREZ ZAPATA
	CÉDULA	16233399
	RECLAMO	VGDB-24639
	OBLIGACIÓN	00130158009623203155

Cordial saludo,

En atención a su comunicación referente a la reclamación del seguro Vida Grupo Deudores, afectando el amparo de Incapacidad Total y Permanente, lo anterior teniendo en cuenta la calificación generada por las Fuerzas Militares de Colombia, el día 25 de agosto de 2021 con acta aclaratoria del 14 de noviembre de 2020, nos permitimos manifestarle lo siguiente:

De acuerdo con la calificación aportada, hemos evidenciado que el señor Hector Ramirez Zapata, contaba con antecedentes de diabetes mellitus diagnosticada en el año 2019. Estos antecedentes son hechos relevantes que no fueron declarados y hacen parte de la calificación, por lo que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declaró la enfermedad arriba indicada y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un riesgo normal.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado esté faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

De otra parte, con independencia de que la causa de la calificación haya sido por un hecho diferente a las enfermedades conocidas y no declaradas, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber

declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, ya comentado.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que 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. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Adicionalmente, el Artículo 1158 del código de comercio estipula “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el Artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”

Teniendo en cuenta que el señor Hector Ramirez Zapata, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad de la póliza Vida Grupo Deudores, omitió declarar dichos hechos relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación, reservándose el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordialmente,



Firma Autorizada
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA.

JSSB

abogadosanivelnacional1@gmail.com