



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

**DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.
E. S. D.**

Demandante: DARREL JOSE DANGOND ROBLES

Demandado: BBVA SEGUROS

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR FINANCIERO. LEY 1480 DE 2011 Y ARTÍCULO 24 DE LA LEY 1564 DE 2012.

ELVIA JIMENEZ PEREZ, identificada con cédula de ciudadanía **No.1.065.650.646** de la ciudad de Valledupar, portadora de la tarjeta profesional No.285106 del C.S. de la J. Valledupar actuando en calidad de apoderada del señor **DARREL JOSE DANGOND ROBLES**, identificado con cedula de ciudadanía No. 17.971.790, expedida en Villa Nueva La Guajira, acudo ante este Despacho con el ánimo de ejercer la ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO, contra **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Nit. 800.240.882 - 0 y BANCO BBVA identificada con numero de NIT 860.003.020-1**, para hacer exigible las póliza de seguros vida grupo con certificación No. 00130940494001518177; No. 00130940414001659310; No. 00130940444001708653, tomada con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., lo anterior para que se realice el pago del crédito y cumplimiento de la póliza por saldo insoluto con fundamento en los siguientes:

HECHOS.

PRIMERO. Manifiesta mi mandante que en la actualidad ostenta dos créditos de libre inversión y una tarjeta de crédito con la entidad financiera BANCO BBVA, respaldado con certificación No. 00130940494001518177; No. 00130940414001659310; No. 00130940444001708653, con la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

SEGUNDO. Manifiesta mi mandante que ha cancelado la prima de dichas pólizas mes a mes, encontrándose al día con sus obligaciones financieras.

TERCERO. Mi mandante posee un dictamen en firme, donde se le determina pérdida de capacidad laboral superior al 50%, otorgado por el fondo de pensiones Colpensiones.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

CUARTO. Que en la actualidad mi poderdante se encuentra a la espera de que se le asigne la pensión por invalidez ya que la resolución ya está en firme.

QUINTO. A mi mandante como consecuencias de sus padecimientos de salud, le fueron diagnosticados diferentes patologías y como consecuencia de estos es remitido a calificar su P.C.L. por el fondo de pensiones Colpensiones.

SEXTO. Como consecuencia de las patologías; ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HIPERTENSIVA, ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA DE MIEMBROS INFERIORES, NEUROPATIA POR ATRAPAMIENTO NERVIO MEDIANO DERECHO, NEUROPATIA POR ATRAPAMIENTO NERVIO MEDIANO IZQUIERDO, DEFICIENCIA POR SAHOS, DEFICIENCIA DE LA COLUMNA CERVICAL, DEFICIENCIA DE LA COLUMNA LUMBAR, DEFICIENCIA POR PROSTATECTOMIA, mi mandante fue calificado mediante Dictamen No. 5543567 de fecha 22 de mayo del año 2024 emitido por el fondo de pensiones Colpensiones, calificación que estableció una pérdida de capacidad laboral del 51,96%.

SÉPTIMO. Que mi poderdante presento, derecho de petición al BANCO BBVA, y a SEGUROS BBVA, en el mes de julio del año 2024, inmediatamente es notificado del dictamen de su calificación, solicitando el cumplimiento de las pólizas por saldo insoluto.

OCTAVO. Que la demandada "BBVA SEGUROS SA.", mediante oficio de fecha 09 agosto del año 2024, procede a negar el amparo argumentando que mi mandante se encontraba enfermo de hipertensión, y no manifestó dicha situación.

NOVENO. Que el dictamen que tiene mi mandante no obedece a esta patología, pues bien obedece a otras afecciones que son las que realmente motivan la calificación de pcl.

DÉCIMO. Mi mandante al momento de adquirir la póliza de seguro por error involuntario omito comunicar a la entidad aseguradora que contaba con historia clínica previa con esta patología hipertensión, pues bien al momento de tomar el crédito la asesora solo le indica donde firmar sin explicar y/o contextualizar lo que esta firmando.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

UNDÉCIMO. Que mi mandante inicia su proceso de calificación en el año 2024, fecha en la cual los médicos tratantes indican que debe ser calificado mucho después de que adquirió los créditos con la hoy demandada.

DUODÉCIMO. Que el derecho hacer efectiva la póliza tomada por el señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES no puede ser vulnerado por la negligencia o mal proceder de SEGUROS BBVA quien a la hora de asegurar a mi poderdante no realizo una verificación y tampoco dejo constancia de sus patologías durante un lapso de más de dos años.

DECIMOTERCERO. Que las pólizas de mi mandante fueron tomadas en el mes de octubre de 2021, fecha en la que aún no había sido calificadas sus patologías y desconocía que fuese a tener una pérdida de capacidad laboral superior al 50%.

DECIMOCUARTO. Que mi mandante presento queja a través de la superintendencia financiera contra las demandadas la cual quedo bajo el siguiente radicado, IQ2024081588410.

DECIMOQUINTO. Mi mandante a pagado puntualmente la prima de la póliza me a mes por deducción de nómina.

DECIMOSEXTO. Manifiesta mi mandante que ha pesar de que la demandada objeto la póliza hasta la fecha sigue realizándole descuento

DECIMOSÉPTIMO. En la actualidad mi poderdante se encuentra limitado para laboral pese a su estado físico y las patologías que lo aquejan, prueba de la gravedad y limitación de su estado de salud es el dictamen de pérdida de capacidad laboral, dando paso al requisito o condición estipulada dentro de las pólizas de seguros de SEGUROS BBVA.

DECIMOCTAVO. Que mi poderdante tiene derecho a que se haga efectiva las pólizas de seguro con certificación No. 00130940494001518177; No. 00130940414001659310; y No. 00130940444001708653, por cuanto cumple con las condiciones estipulada en las mismas.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

DECIMONOVENO. Que La fecha en que se perfecciono el contrato de póliza suscrito entre mi mandante y la entidad aseguradora, fue el día once (11) de noviembre del año 2021.

VIGÉSIMO. Que desde que mi poderdante adquirió las pólizas, es decir, desde el 11 de noviembre de 2021 hasta la fecha transcurrieron mas de dos años sin que la aseguradora se pronunciara

VIGÉSIMO PRIMERO. La compañía ASEGURADORA, solo alego la preexistencia de la historia clínica, que ocurrió por error involuntario de mi mandante, omitiendo así una reclamación u objeción hasta el día 09 de agosto del año 2024, fecha en que fue recibida respuesta a la petición presentada por mi mandante.

I. PRETENSIONES

El objeto de esta demanda no es hacer uso desmedido de un medio de control, ni dejar al azar el resultado de estas pretensiones, por el contrario lo que se busca con esta acción es proteger el derecho como consumidor, de una parte que se encuentra en notoria desventaja frente a otra en este caso en concreto mi poderdante como consumidor financiero de los productos ofrecido por la aseguradora, por ello es que como último mecanismo acudo en calidad de apoderada ante esta superintendencia a exigir las siguientes:

Primero: Que se declare la existencia de las pólizas de seguro grupo tomada con BVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Nit. 800.240.882 - 0, por conceptos y valores de;

- Crédito de libre inversión y/o consumo terminado en 3959, por valor de setenta millones de pesos (\$70.000.000).
- Crédito de libre inversión y/o consumo terminado en 8478, por valor de cincuenta y ocho millones de pesos (\$58.000.000).
- Crédito de libre inversión y/o consumo terminado en 2769, por valor de cuarenta y cinco millones de pesos (\$45.000.000).
- Seguro Dependientes Consumo con número de certificado 00130940434001708786.
- Seguro Vida Grupo Deudores Tarjeta de Crédito con certificado número 00130940004001327330, el cual respalda la obligación financiera de la Tarjeta de crédito terminada 7715.
- Seguro Vida Grupo Deudores Tarjeta de Crédito con certificado número 00130940004001343519, el cual respalda la



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

obligación financiera de la Tarjeta de crédito terminada
0896

SEGUNDO: Que la compañía aseguradora BVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Nit. 800.240.882, reconozca al señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES, como asegurado beneficiario de las pólizas de seguro con certificación No. 00130940494001518177; No. 00130940414001659310; y No. 00130940444001708653, por su incapacidad permanente determinada mediante Dictamen No. 5543567 de fecha 22 de mayo del año 2024, emitido por el fondo de pensiones Colpensiones, el cual estableció una pérdida de capacidad laboral del 51,96%.

TERCERO: Que como consecuencia de la anterior se le reconozca el pago por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE establecido en las PÓLIZAS con certificación No. 00130940494001518177; No. 00130940414001659310 y No. 00130940444001708653, por un valor total asegurado de Ciento setenta y tres millones de pesos (\$173.000.000) M/cte.

CUARTO: Seguro Dependientes Consumo con número de certificado 00130940434001708786.

- Seguro Vida Grupo Deudores Tarjeta de Crédito con certificado número 00130940004001327330, el cual respalda la obligación financiera de la Tarjeta de crédito terminada 7715.
- Seguro Vida Grupo Deudores Tarjeta de Crédito con certificado número 00130940004001343519, el cual respalda la obligación financiera de la Tarjeta de crédito terminada 0896

QUINTO: Que la COMPAÑÍA ASEGURADORA BBVA SEGURO DE VIDA COLOMBIA S.A., pague a mi mandante el señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES, los intereses moratorios iguales al certificado bancario corriente por la superintendencia bancaria aumentado a la mitad, causados desde la fecha en que se hizo la solicitud, treinta días después, hasta la fecha en que se cancele.

SEXTO: Lo que resulte probado en el proceso, solicito que se dé bajo el principio de la reparación integral, los anteriores valores se solicitan debidamente indexados por el no pago oportuno de la póliza de seguro.

SEPTIMO: Que se condene a la parte demandada en costas, especialmente la labor en derecho.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

FUNDAMENTO Y RAZONES DE DERECHO.

considero que mi mandante al elaborar la reclamación para el pago de la prestación derivada del amparo por Incapacidad Total y Permanente que había contratado mediante el seguro de vida y serle la misma negada, se configura una dominación de la aseguradora proveniente de una situación de hecho contractual frente a la cual mi mandante no pudo oponerse de manera efectiva, viendo drásticamente afectados sus derechos fundamentales, es decir, que no permiten proteger oportuna y eficientemente las afectaciones a los derechos al mínimo vital, la seguridad social, la salud, la vida digna e incluso su propia subsistencia como persona declarada invalida, quedando mi mandante en estado de indefensión frente a la aseguradora.

Mi mandante en la actualidad se encuentra en una situación de debilidad manifiesta, teniendo en cuenta que por su pérdida de capacidad laboral del 51.96%, le fue declarada su invalidez y en los próximos días va ser retirado de su cargo.

A mi mandante no solo se le están vulnerando sus derechos fundamentales si no también sus derechos como consumidor, puesto que con la actuación de la aseguradora se demuestra como hace abuso de su poder en su posición dominante.

Aparte de lo narrado anteriormente, mi poderdante ha sido diligente con el pago de la prima de seguro, la cual hasta la fecha a pesar de que la han objetado la aseguradora sigue cobrando y poderdante pagando.

*El Art. 2° del Decreto 917 de 1999 establece las definiciones de los términos **INVALIDEZ, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, CAPACIDAD LABORAL Y TRABAJO HABITUAL**. Para efecto de la aplicación y cumplimiento del presente decreto, adóptense las siguientes definiciones:*

Para mayor ilustración, dentro de la presente tutela, solicito se tenga en cuenta la Sentencia de La Corte Constitucional T - 832 del 21 de octubre de 2010 Expediente T - 2704588.

“Mediante [Sentencia T-152 de 2006](#), esta Corte estudió, en uno de sus primeros fallos, el tema de las preexistencias y la reticencia en los contratos de seguros. En aquella oportunidad, la Corte analizó un caso de una persona de muy bajos recursos, que había adquirido un seguro familiar de salud con las coberturas y exclusiones que figuraban en el contrato. Su médico tratante le solicitó a la aseguradora una orden para la cirugía de “Varicocele Izquierdo”, la cual estaba cubierta por la póliza. No obstante, la demandada respondió que el procedimiento no sería autorizado,



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

por tanto esa enfermedad era preexistente al ingreso del asegurado y que en consecuencia, se encontraba excluido de la cobertura del seguro. Sin embargo, la Corte sostuvo que no era posible que una aseguradora alegara preexistencias en este tipo de contrato, pues es ella quien tiene la posibilidad de conocer el verdadero estado de salud del asegurado.

A pesar de que los supuestos de hecho pueden variar un poco, lo importante de esta providencia es que de ella se pueden extraer algunas reglas aplicables a los casos concretos. En efecto, la principal diferencia entre estos contratos es el "riesgo asegurado" y la "prestación de la aseguradora", pues los dos contratos persiguen un mismo propósito el cual es cubrir los posibles siniestros pactados entre las partes. Adicionalmente, comparten los elementos esenciales de los contratos de seguro. Así, aunque parezcan dos escenarios diferentes, el objetivo de esta clase de seguros es el mismo.

En aquella ocasión, esta Corporación resaltó dos puntos muy importantes en los contratos de seguro. El primero de ellos (i), el relativo a la buena fe contractual, y el segundo (ii), relacionado con la carga de probar las preexistencias médicas. En cuanto al primer punto, sostuvo que la buena fe en los contratos de seguros adquiere mayor importancia y se predica de ambas partes. No solo del asegurado sino también de la aseguradora. Así, "aun cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión. En suma, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual". Es decir, la carga de la buena fe corresponde a las dos partes, no



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

solo al tomador del seguro. Respecto al segundo punto, "no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración.(...) No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse".

En el año 2007 la Corte volvió a abordar el estudio de un caso relativo al cumplimiento de contratos de seguro, especialmente, cuando existe tensión entre la negativa de las aseguradoras en el pago de una póliza, y los derechos fundamentales del tomador. Esta fue la [Sentencia T-642 de 2007](#). En dicha providencia, la Corte tuvo que decidir sobre un caso en el que una aseguradora se negaba al pago de una póliza argumentando que la prueba de su discapacidad superior al 50%, no provenía de la autoridad competente. Es decir, de la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Para la Corte, la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para ventilar este tipo de controversias. Si bien la persona se encontraba en condición de discapacidad, ello no era argumento suficiente para considerar que en instancias ordinarias la tutelante podía defender sus derechos tal y como lo había hecho con la acción de tutela. Mucho más, dado que contaba con recursos económicos para continuar con el pago de las cuotas.

Posteriormente, mediante [Sentencia T-490 de 2009](#), este Tribunal nuevamente analizó este asunto. De acuerdo con los hechos del caso, una persona de cuarenta y cuatro (44) años de edad trabajó toda su vida como independiente en el oficio de fumigador. Sus ingresos siempre habían sido limitados y los utilizaba para



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

mantener a su familia. Tras severas dificultades en su salud, tuvo que ser intervenido quirúrgicamente en una operación de remplazo total de rodilla derecha. Desafortunadamente, la operación no tuvo éxito y el accionante necesitó muletas por toda su vida. Por tal motivo, fue valorado por la junta de Calificación de Invalidez con un grado de discapacidad del 59.31%. Al haber trabajado como independiente toda su vida, queriendo garantizar su "pensión", había suscrito un contrato de seguro con una compañía por determinada suma de dinero, el cual operaría por muerte o invalidez. Efectivamente acudió a la aseguradora quien le negó el pago del dinero argumentando que el señor aun podía continuar teniendo "trabajos remunerados". En dicha Sentencia, la Corte encontró que efectivamente la aseguradora había vulnerado los derechos del actor, pues no existía ninguna razón suficiente que le permitiera negar el pago de la póliza. Por el contrario, lo que ello generaba era un perjuicio desproporcionado en el peticionario y en su familia.

Así las cosas, en criterio de este Tribunal, "Al referirse a las compañías de seguros esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando están de por medio derechos fundamentales como la vida, la salud y el mínimo vital, por su propia actividad y por el objeto de protección que ofrece en caso de siniestro, resulta viable el amparo constitucional. Por ende, si de tal objeto asegurado se deriva que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria, pero si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la vida y en el mínimo vital de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable la acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial"



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

En el año 2010, la Corte fijó unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro. Así, mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció dos asuntos de suma trascendencia y que pueden ser extraídos de su lectura. En primera medida, (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirle un comportamiento diferente a los asegurados.

En la mencionada decisión, la Corte abordó un caso en el que una señora de cincuenta y cuatro (54) años de edad había adquirido un crédito con un banco, el cual fue amparado con un seguro de vida grupo de deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como profesora y en el año 2009, su ARP le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 77.5%. Al ser madre cabeza de familia y sin contar con rentas adicionales o recursos económicos suficientes, solicitó al banco acreedor que hiciera efectiva la póliza ante la aseguradora. Pese a ello, tanto la aseguradora como el banco, sostuvieron que no era posible pagar la respectiva póliza pues al momento de celebrar el contrato, la peticionaria ya había adquirido la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral. Es decir, se estaba en presencia de un caso de preexistencia.

Como se mencionó, la Corte en esta providencia dijo que "en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores". Con base en ello, es posible concluir, entonces, que esta Corporación estableció que quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Así, esta Sentencia evidencia que para la Corte existen algunos casos donde, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, de ello no se sigue reticencia pues el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros. Por tales motivos, concedió el amparo.

En ese mismo año, la Corte expidió la Sentencia T-1018 de 2010. En este fallo reiteró la anterior regla, aunque a la vez decretó un hecho superado al encontrar que el banco acreedor ya había condonado la deuda. Los hechos del caso muestran a una persona a quien su médico tratante le había diagnosticado cáncer gástrico a nivel del estómago nodular. El peticionario vivía con una pensión de aproximadamente un millón de pesos y de allí subsistían sus tres hijos menores y esposa. Como consecuencia de su enfermedad, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Por esta razón, al haber suscrito un crédito con un banco, que a su vez había sido respaldado por una póliza de seguro de vida grupo de deudores que operaría por invalidez o muerte, solicitó el pago insoluto de la deuda. No obstante, la aseguradora rechazó su solicitud por considerar que el actor no había informado sobre su enfermedad al momento de tomar el seguro.

En dicha providencia, si bien la Corte encontró probado un hecho superado, sostuvo que "[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado "con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente". En otros términos, esta Corporación no encontró suficiente el argumento de la aseguradora que indica que por el hecho de no informar a la aseguradora una enfermedad, es suficiente para que una persona en condición de discapacidad deba continuar pagando el crédito por sí misma.

Más recientemente, la [Sentencia T-086 de 2012](#) volvió a fallar un caso con similares características. Muestran los hechos de la providencia varios casos de personas a las que sus aseguradoras les había negado el pago de la póliza del seguro de vida grupo de deudores, bajo el argumento que la enfermedad causa de la discapacidad, había ocurrido previamente a la celebración del contrato. En efecto, las personas padecían de una enfermedad que les había disminuido su capacidad laboral en más de un 50%. Pese a ello, la Corte no concedió el amparo tras considerar que no quedaba demostrada la existencia de un perjuicio irremediable. Por ello, al tener otras vías más adecuadas, la tutela se tornaba improcedente. Pese a ello, vale resaltar, los sujetos contaban con rentas adicionales como pensiones por invalidez, entre otras. Igualmente, no se probó sumariamente la incapacidad económica de los actores.

Finalmente, en el año 2013, mediante [Sentencia T-342](#), esta Corporación volvió a estudiar un tema de preexistencias y reticencia. En aquella ocasión, la Corte definió un caso de una persona de 56 años de edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica, imposibilitado para realizar sus funciones de manera regular. El actor había adquirido distintos créditos de consumo respaldados mediante pólizas de seguro, las cuales fueron



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

negadas a cancelar por la aseguradora, argumentando que la enfermedad causante de la invalidez fue adquirida con anterioridad a la vigencia del contrato. En esa oportunidad, la corte, nuevamente, decidió a favor de los intereses del asegurado, pues en ese preciso evento la aseguradora no realizó exámenes previos a la celebración del contrato. Por tal motivo, no podía oponerse al pago de la póliza, dado que no cumplió con dicha carga.

En ese sentido sostuvo que, "De las pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado párrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía".

De la jurisprudencia estudiada, se pueden extraer varias conclusiones, en relación con la obligación de las aseguradoras de pagar la póliza a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia. En primer lugar, (i) carecer de recursos económicos. La Corte ha entendido que no basta ser un sujeto de especial protección constitucional para que pueda reclamarse el pago de la póliza. Efectivamente, la persona debe carecer de los recursos económicos necesarios para continuar pagando las cuotas del crédito. En consecuencia, ha sido bastante rígido cuando las personas gozan de recursos económicos pues ha entendido que en esos eventos, su móvil no es la protección de sus derechos fundamentales sino intereses netamente patrimoniales. Si ello



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

fuera así, siempre, en todos los casos, las aseguradoras tendrían que pagar las pólizas, desnaturalizándose el contrato de seguros.

En tercer lugar (iii), la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado.

En cuarto lugar (iv), la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora.

Finalmente, en quinto lugar (v), la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades.

Reticencia implica una valoración subjetiva, mientras que la preexistencia es un hecho objetivo. No basta probar preexistencia, la aseguradora debe demostrar la mala fe.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que "las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto), Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia.

Por las anteriores consideraciones, esta Sala concederá el amparo a los derechos fundamentales del señor José de Jesús Núñez. En consecuencia, ordenará a la Compañía BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cancelar la póliza correspondiente y como tal, pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida por el petente, con el Banco BBVA. En caso de haberse iniciado algún proceso judicial en contra del peticionario, se ordenará levantarse y dar por terminado cualquier proceso en su contra.”



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

Para el caso que nos ocupa no cabe duda que el poderdante no actuó de mala fe y por ende no se puede aludir reticencia ni nulidad del contrato, pues mi cliente accedió a comprar un producto de buena fe, y la carga de la prueba recae en la aseguradora quien debió realizar los análisis médicos o pedir análisis médicos al futuro asegurado y si esta sabía de su estado y decidió asegurarlo tal como establece la corte luego no puede alegar que no cumplirá con lo pactado.

Fundo la presente demanda en el preceptuado en la Constitución Política:

ARTICULO 1. *Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.*

ARTICULO 83. *Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.*

La Constitución Política establece que el ejercicio de la libertad económica y la iniciativa privada debe desarrollarse dentro de los límites del bien común (art. 333 Const.), en atención a los principios del respeto por la dignidad humana, la solidaridad de las personas y la prevalencia del interés general sobre el privado, que deben regir en Colombia como Estado Social de Derecho.

ARTÍCULO 335. *Las actividades "financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150, son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del Gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito"*

"Sentencia T-057 de 1995 expreso: de acuerdo con el artículo 335 de la C.P. la actividad aseguradora es de interés público y se ejerce con arreglo a la ley. Consulta el interés público que en los contratos de seguros, la parte débil que, por lo general, se identifica con el asegurado o el beneficiario, realizadas las condiciones a las que se supedita su derecho reciba efectivamente y en el menor tiempo posible la prestación prometida."

- **CÓDIGO DE COMERCIO:**



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

ARTÍCULO 1036, CONTRATO DE SEGURO. *El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.*

ARTÍCULO 1045. ELEMENTOS ESENCIALES. *Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

- 1) El interés asegurable;*
- 2) El riesgo asegurable;*
- 3) La prima o precio del seguro, y*
- 4) La obligación condicional del asegurador.*

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.

ARTÍCULO 1047. CONDICIONES DE LA PÓLIZA. *La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:*

- 1) La razón o denominación social del asegurador;*
- 2) El nombre del tomador;*
- 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;*
- 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;*
- 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;*
- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;*
- 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla;*
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;*
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;*
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y*
- 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.*



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

PARÁGRAFO. Subrogado por el art. 2, Ley 389 de 1997. El nuevo texto es el siguiente: En los casos en 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.

ARTÍCULO 1054. DEFINICIÓN DE RIESGO. Denominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.

ARTÍCULO 1137. INTERÉS ASEGURABLE. Toda persona tiene interés asegurable:

- 1) En su propia vida;
- 2) En la de las personas a quienes legalmente pueda reclamar alimentos, y
- 3) En la de aquellas cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.

En los seguros individuales sobre la vida de un tercero, se requiere el consentimiento escrito del asegurado, con indicación del valor del seguro y del nombre del beneficiario. Los menores adultos darán su consentimiento personalmente y no por conducto de sus representantes legales.

En defecto del interés o de los consentimientos requeridos al tenor de los incisos que anteceden, o en caso de suscripción sobre la vida de un incapaz absoluto, el contrato no producirá efecto alguno y el asegurador estará obligado a restituir las primas percibidas. Sólo podrá retener el importe de sus gastos, si ha actuado de buena fe.

Personalmente y no por conducto de sus representantes legales.

ARTÍCULO 1058. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. 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 la inexactitud sobre hechos o



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

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.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, 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, excepto lo previsto en el artículo 1160.

ARTÍCULO 1160. IMPOSIBILIDAD DE REDUCCIÓN DEL VALOR DEL SEGURO. Transcurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Teniendo en cuenta el caso que nos ocupa, si bien es cierto mi mandante por error involuntario omitió comunicar la existencia de historia clínica, esto no quiere decir que en el momento de suscribir dicha póliza tenía determinadas las patologías que ocasionaron las enfermedades que dieron origen a la invalidez que se encuentra padeciendo mi poderdante la señora LUZ ELENA MORALES CHOGO, ya que de acuerdo a lo establecido en dicho dictamen la fecha de estructuración fue determinada el día 14 de abril del 2014, fecha en la que se considera por los médicos que realizan dicha valoración, se iniciaron las patologías que determinaron la invalidez que ahora presenta mi pro ahijada; sumado a esto también se debe considerar que la fecha de la suscripción de la póliza con la compañía ASEGURADORA ALLIANZ SEGURO DE VIDA S.A. y la señora LUZ ELENA MOLALES CHOGO fue el 21 de abril del 2012, por lo que teniendo en cuenta lo contemplado en el artículo 1058 del código de comercio respecto de la inexactitud o reticencia asumida por mi mandante proveniente del error inculpable del tomador, se establece, que el contrato no será nulo, pero el asegurador solo estará obligado, 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, excepto en lo previsto en el artículo 1160.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

En conexidad con lo anterior, previendo que las condiciones de mi mandante se adecuan a lo contemplado además en el artículo 1160 del código de comercio, esto atendiendo a que el término que trascurrió entre la fecha de perfeccionamiento del contrato realizada en el año 2022 y el momento donde se alega por parte de BBVA SEGUROS., la reticencia o inexactitud en la que incurrió el señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES, dada en la respuesta con el fin de negar la cobertura de la póliza de vida, analizando las circunstancias el valor de los seguros de vida no podrá ser reducido por causa de omisión de información o mala fe en la declaración de asegurabilidad, ya que en caso de que allá habido error este fue cometido por la aseguradora SEGUROS BBVA no por mi mandante, por cuanto la demandada deberá asumir la cancelación del pago de las pólizas de vida grupo por valor total de 155.000.000 millones de pesos, en su totalidad, sin poderse realizar ningún descuento por parte de la misma.

Como fundamento a lo anteriormente esbozado se suma el argumento de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA en sentencia SC2803-2016; 04/03/2016; en su aparte en la que figuro como magistrado ponente el señor FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ, donde establece lo siguiente; "Además, de que aunado a eso «la inactividad de la aseguradora durante más de dos años, no constituye una conducta enmarcada en lo dispuesto en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, sin censurar que sólo cuando se presenta el deceso del tomador "se percata" de la situación para negar el pago del seguro», por lo que «de haber efectuado una intelección adecuada a los supuestos de hecho, habría arribado a la conclusión de que se consumó la prescripción de la nulidad relativa del contrato de seguro» (resalta la Sala)."

El señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES, le fue determinado un Estado de Incapacidad Permanente y Total con un Porcentaje de Pérdida de Capacidad Laboral del 51% con fecha de estructuración 21 de mayo de 2024 mediante dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez No. 5543567 del 22 de mayo del año 2024, emitido por Colpensiones.

La Corte Constitucional en Sentencia T-490/09 se ha pronunciado de la siguiente manera: "no puede perderse de vista que en materia de seguros de vida, en especial en cuanto atañe a las cláusulas generales de amparo por incapacidad total y permanente, al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse el estándar que se exige en aquel régimen, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado."

Oportunidad para el pago de la indemnización



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

ART.1080.- Modificación. Ley 45 de 1990, art. 83. Inc. 1°- Modificado. Ley 510 de 1999, art. 111, Par.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro de un mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1177. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagara al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

- **LEY 776 DE 2002**

ARTÍCULO 9o. ESTADO DE INVALIDEZ. Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su capacidad laboral de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación. En primera instancia, la calificación de los porcentajes de pérdida de la capacidad laboral se hará por el equipo interdisciplinario establecido en el artículo 6o. de la presente ley, dentro del mes siguiente a la fecha en que hubiere concluido el proceso de rehabilitación integral, de existir discrepancias se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez, quedando a cargo de la entidad de Seguridad Social correspondiente el pago de honorarios y demás gastos que se ocasionen. El costo del dictamen será a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales, pero el empleador o el trabajador podrán acudir directamente ante dichas juntas.

- **DECRETO 2463 DE 2001**

ARTICULO 7°-Grado de severidad de la limitación. En los términos del artículo 5° de la Ley 361 de 1997, las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado, deberán clasificar el grado de severidad de la limitación, así: Limitación moderada, aquella en la cual la persona tenga entre el 15% y el 25% de pérdida de la capacidad laboral; limitación severa aquella que sea mayor al 25% pero inferior al 50% de pérdida de la capacidad laboral y limitación profunda, cuando la pérdida de la capacidad laboral sea igual o mayor al 50%.

II. CUANTÍA

Estimo bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestado con la presentación de esta demanda, que el valor de mis



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

pretensiones asciende a la suma de *Ciento cincuenta y cinco millones de pesos (\$155.000.000)* M/cte discriminados así:

- 1.) *Cuarenta y cinco millones de pesos (\$45.000.000)* correspondiente a un crédito de libre inversión.
- 2.) *Setenta millones de pesos (\$70.000.000)* correspondiente a un segundo crédito de libre inversión.
- 3.) *Cincuenta y ocho millones de pesos (\$58.000.000)* correspondiente a un crédito de libre inversión.

III. PRUEBAS

Solicito al despacho se tengan como prueba las siguientes:

I. Aportadas.

1. Poder para actuar.
2. Seis (06) Folios Copia del dictamen No. 5543567 de fecha 22 de mayo de 2024 con un PCL del 51.96% otorgada por fondo de pensiones Colpensiones
3. Reclamación hecha a través de la superintendencia a, SEGUROS BBVA con radicado IQ2024081588410.
4. Historia clínica del señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES
5. Certificado por BBVA SEGUROS, donde indica que las pólizas fueron tomadas en las fechas 11 de noviembre de 2021; 11 de octubre de 2022 y 06 de febrero de 2023 y renovada hasta la fecha.
6. Oficio con la objeción realizada por parte de la aseguradora BBVA SEGUROS, alegando reticencia.
7. Desprendible de nomina donde se observa que las demandas descuentan directamente de la nómina de mi poderdante por concepto de pago de los créditos con sus respectivas pólizas de seguro.

II. Solicitadas.

1. Comprobante de pago de los últimos años donde se comprueba que el señor DARREL JOSE DANGOND ROBLES, realiza los pagos a la entidad demandada por concepto del pago de las pólizas de seguro y pago de los créditos de libre inversión y tarjeta de crédito, mes a mes puntualmente.
2. Las renovaciones realizadas a las pólizas tomadas, y su actual vigencia, esto para probar que la demandada a podido objetar en mas de dos años, pero no lo ha hecho aceptando el riesgo.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

3. Indique el nombre de la asesora que diligencio los créditos de mi mandante, esto para probar que en efecto no se instruyó sobre el cuestionario de antecedentes patologías pre existente a mis mandantes.

INTERROGATORIO DE PARTE:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito que se decrete como medio probatorio el interrogatorio de parte, bajo juramento, de las siguientes personas, en calidad de representantes o vinculados a los hechos del presente litigio:

A . Asesora del Banco BBVA:

1. Quien ofreció el crédito al demandante y diligenció los formularios relacionados con la póliza de seguro objeto de esta controversia, la citada deberá responder, entre otras, las siguientes preguntas:

2. ¿Confirma que fue usted quien ofreció al demandante los créditos que motivan esta demandada los cuales están relacionados como de libre consumo y seguros de vida?

¿Confirma que diligenció personalmente los formularios de la póliza de seguro vinculada al crédito dejando solo a mi mandante el espacio para su firma?

¿Qué información proporcionó al demandante respecto a los términos y condiciones de la póliza de seguro?

¿Recibió autorización expresa por parte del demandante para incluirlo en dicha póliza?

¿puede usted continuar con el proceso de crédito si un cliente se niega a tomar la póliza de seguro ?

¿las pólizas de seguro son opcionales y/o facultativas para los clientes que toman un crédito en la entidad financiera banco bbva?

¿el banco bbva trabaja con otra aseguradora distinta a bbva seguros, para otorgar crédito de libre inversión?



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

2. Representante Legal del Banco BBVA:

¿Confirma que el banco tiene como política vincular pólizas de seguros obligatorias a los créditos otorgados?

¿Qué mecanismos establece el banco para informar al cliente sobre las condiciones del seguro?

¿El banco realiza auditorías o verificaciones respecto al diligenciamiento de las pólizas?

¿Las pólizas de seguro son opcionales y/o facultativas para los clientes que toman un crédito en la entidad financiera banco bbva?

¿El banco BBVA trabaja con otra aseguradora distinta a bbva seguros, para otorgar crédito de libre inversión?

3. Representante Legal de la Aseguradora BBVA SEGUROS:

¿Confirma que emitieron la póliza de seguro asociada al crédito identificado?

¿Cuáles fueron los criterios utilizados para aceptar o validar la póliza?

¿El asegurado fue informado sobre las exclusiones de la póliza y sus limitaciones?

Fundamentos legales:

Esta prueba es relevante para esclarecer si existieron irregularidades en el ofrecimiento y contratación del crédito y la póliza de seguro, así como para determinar si hubo consentimiento informado por parte del demandante.

Por lo anterior, solicito al despacho fijar fecha y hora para la práctica del interrogatorio de las personas antes mencionadas, ordenando su citación en los términos del artículo 203 del Código General del Proceso.



ELVIA JIMENEZ PEREZ.

Correo: elviajimenez@outlook.es.

Teléfono: 3116296489.

IV. ANEXOS

Con la presente demanda anexo poder para actuar, y los documentos relacionados como pruebas.

V. NOTIFICACIONES.

Mi mandante y la suscrita podremos ser notificados a la dirección de correo electrónico elviajimenez@outlook.es teléfono: 3116296489.

La demandada BBVA SEGUROS, podrá ser notificada en su dirección principal. Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia, o al correo electrónico clientes@bbvaseguros.com.co.

La demandada BANCO BBVA , podrá ser notificada a la dirección de correo electrónico notifica.co@bbva.com.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que las direcciones de correo electrónico aquí suministrada fueron tomadas de la paginas web de las demandadas en concordancia con la ley 2213 del 2022.

Atentamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'EJ', written over a horizontal line.

ELVIA JIMENEZ PEREZ.

C.C.1.065.650.646 DE VALLEDUPAR.

T.P.215806 DEL C.S. DE LA J.