

Estimada área de informes,

Reciban un cordial saludo,

Para todos los fines pertinentes, comedidamente informo que el día 25 de febrero de 2025, fue radicada contestación de la demanda ante la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia, dentro del proceso que a continuación se describe:

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

RADICADO: 2025007566

EXPEDIENTE: 2025-1219

DEMANDANTE: ARGEMIRO POSSO RIVERA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

CASE: 24334

TIPO DE VINCULACIÓN: DEMANDA DIRECTA

HECHOS

1. El día 21 de febrero de 2024 el señor Argemiro Posso Rivera adquirió el seguro de vida individual AP Salud Familiar No. 00130913055442231552 con las coberturas de incapacidad total y permanente y vida.
2. Por medio de dictamen de pérdida de incapacidad laboral emitido el 03 de diciembre de 2024, la Junta Regional de Calificación e Invalidez del Tolima lo calificó con un 51.36% de PCL.
3. El día 13 de diciembre de 2024, el señor Posso Rivera decide reclamar formalmente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. para el cumplimiento de la obligación contenida en la póliza de seguro. No obstante, la compañía objeto formalmente la reclamación a través de comunicación del 19 de diciembre de 2024.

PRETENSIONES

1. Que se investigue al Banco BBVA por realizar cobros indebidos sin autorización.

2. Que se sancione al Banco por hacer caso omiso a su solicitud de cancelación.
3. Que se reintegre el cobro de la prima del seguro por valor de \$119.700

CALIFICACIÓN DE LA CONTINGENCIA

La contingencia se califica como EVENTUAL, toda vez que, si bien el contrato de seguro únicamente cubre aquella invalidez derivada de un accidente estará sujeto al debate probatorio acreditar que en efecto la concepción del amparo hubiera sido debidamente informada al consumidor. Así mismo, estará sujeto al debate probatorio confirmar si se está ante un hecho cierto extraño al contrato de seguro.

Lo primero que debe tomarse en consideración, es que la compañía fue vinculada a este proceso por la Póliza de Seguro AP Salud Familiar No. 055442231552, cuyo asegurado es el señor Argemiro Posso Rivera. Frente a la cobertura temporal, debe señalarse que la misma comprende el periodo que va del 21 de febrero de 2024 al 21 de febrero de 2025. No obstante, el cumplimiento de esta condición de cobertura está en tela de juicio, pues al interior del proceso y luego de practicadas las pruebas correspondientes, se verificará si con anterioridad al 21 de febrero de 2024 el señor Posso Rivera ya había sido calificado con una invalidez superior al 50%. Efectivamente, se sospecha de que la invalidez del asegurado ya era un hecho cierto para el momento de la suscripción, puesto que en el dictamen que aportó al proceso se evidencia que el señor Posso Rivera trabajó hasta febrero de 2020 en las fuerzas militares, fecha en que fue calificado por la Junta y pensionado con asignación de retiro.

En segundo lugar y frente a la cobertura material, es importante mencionar que el contrato de seguro únicamente cubre la invalidez accidental, esto es, aquella que además de ser superior al 50% proviene de un accidente. En tal virtud, al analizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral que fue aportado con la demanda, se evidencia que la invalidez del señor Posso Rivera tiene su origen en distintas enfermedades más no se deriva de un accidente. Lo anterior quiere decir que, en principio, el hecho que da base a la acción no estaría cubierto por la póliza. Sin embargo, el cumplimiento del deber de información será objeto de debate en el proceso por lo que, en el evento en que la Superintendencia tenga por demostrado que no se remitieron las condiciones generales de manera previa (artículo 37 Ley 1480) o que no se le informó puntualmente al asegurado que el amparo se circunscribía a la invalidez "**accidental**", eventualmente podría proferir una sentencia en la que se declare que el riesgo que realmente se cubrió fue aquella invalidez superior al 50% derivada de cualquier causa.

Lo anterior sin perjuicio del carácter contingente del proceso.

LIQUIDACIÓN OBJETIVA DE LAS PRETENSIONES

Con base en los datos proporcionados a través de la remisión de antecedentes, se procede a realizar la liquidación objetiva de las pretensiones teniendo en cuenta los valores de los que se pretende el pago, esto es, el amparo de *incapacidad total y permanente, desmembración por accidente*, así como los intereses moratorios causados desde el mes siguiente a la fecha de la reclamación.

1. **Valor del amparo por incapacidad total y permanente, desmembración por accidente:** Se tendrá en cuenta la suma de \$100.000.000. Lo anterior, teniendo en cuenta la certificación emitida por la compañía con fecha del 21 de febrero de 2025 en donde se consigna dicho monto como valor asegurado en la Póliza de Seguro AP Salud Familiar No. 055442231552

2. **Intereses de mora:** Los intereses se liquidaron a partir del 13 de enero de 2025 (un mes después de la fecha de reclamación) y hasta la fecha de presentación de este informe (28 de febrero de 2025), causando la suma de \$2.889.486

Total: \$102.889.486

Adicionalmente adjunto los siguientes documentos:

1. Contestación de la demanda.
2. Anexos y pruebas de la contestación.