**AUDIENCIA ARTÍCULO 373 EDELMIRA CERQUERA VS BBVA SEGUROS DE VIDA S.A Y OTRO**

**INICIA A LAS 8:20 A.M.**

**TESTIMONIO DE KATHERINE CARDENAS**

Trabaja en el área técnica de la aseguradora hace 12 años relativa a la suscripción de seguros, área técnica de vida.

Conoce el seguro de vida grupo deudores que tiene la cobertura de vida y la incapacidad total y permanente cuando la incapacidad es mayor o igual al 50%.

La forma de contactar al cliente no se hace de forma directa por la aseguradora sino a través del banco que otorga los créditos. Ella conoce el proceso cuando existe la declaración de asegurabilidad.

Existe un formulario de solicitud de asegurabilidad que diligencia el cliente y este lo remite el banco a la aseguradora. En este están los nombres del cliente, fecha de nacimiento, luego viene la declaración de asegurabilidad en la cual se pregunta al cliente el estado de salud ya que es el riesgo que se va a cubrir.

Este tiene un listado de diferentes patologías para que el cliente diga si las padece o las ha padecido.

Una vez el cliente diligencia el formato, si manifiesta que el estado de salud está bien, el banco desembolsa el crédito, también se pregunta la relación peso-estatura, si esto está en desequilibrio o responde positivamente alguna pregunta hay alertamiento para la aseguradora, de lo contrario, el banco procede con dicho desembolso.

Si hay un desbalance, esto se remite al área de suscripción de seguros, el médico procede a valorar médicamente al solicitante mediante la valoración de la solicitud del seguro conforme a lo que el cliente marcó, evalúa la documentación y da un concepto, es decir si se contrata de forma normal el seguro o existe una extra prima.

Conforme al formulario, la persona que declaró el riesgo dijo no haber sufrido ningún antecedente, además, en la parte de abajo hay un cuadro para detallar la fecha de ocurrencia del antecedente lo cual es importante para la evaluación respectiva.

En este formulario en concreto, no se verifica ninguna situación de salud que deba evaluar el área de suscripción por lo que se puede desembolsar sin problema el dinero.

Si bien para el momento de solicitar el crédito tenía 69 años, como el señor se encontraba bien, no se cuestiona la buena fe del asegurado.

Luego de verificar que todo está normal, la póliza se constituye al momento de desembolsar el crédito. Esto mediante un aplicativo que maneja el banco en el que se da de alta al seguro y, en este sentido, el banco puede desembolsar el dinero. En los casos que el cliente manifieste algo referido a su salud, hasta que el área de suscripción no dé de alta o preformalice, no es posible desembolsar, es como un bloqueo en el sistema.

En los casos de extra prima o que no se hubiere dado una cobertura, se envía al cliente un formato de aceptación de condiciones, el cliente debe firmarlo, enviarlo a la aseguradora, esta actualiza el seguro en el sistema y así se autoriza que se haga el desembolso.

Dar de alto el seguro es algo que hace la aseguradora solo en el caso que el cliente marque positivamente alguna de las patologías, de lo contrato el banco lo hace directamente al no requerir un visto bueno de la aseguradora.

Se evalúa dependiendo del caso, pues no es lo mismo una persona que tiene sus controles en hipertensión, pero tiene sus controles, que quien no la tiene controlada.

Conforme a los antecedentes médicos en el caso concreto, es claro que el riesgo contratado no es normal.

Basados en la declaración de la persona se evalúa el riesgo y se determina en qué condiciones se puede aceptar el seguro o si este no se acepta (normal, con extraprima, sin un amparo, o se niega el seguro).

En el formulario sí se autoriza a consultar la HC, sin embargo, esto sucede más para el área de siniestros, es decir una vez se hace la reclamación.

No puede decir qué pasa con la póliza luego de que el asegurado muere porque le corresponde a otra área como es la de indemnizaciones.

**JUEZ SE REFIERE SOBRE LA PRUEBA DECRETADA**

-Refiere de los oficios a las entidades de salud. Dice que en ADRES no sale registro del asegurado.

-El banco acaba de remitir la información que le correspondía antes de la audiencia. La respuesta dice que el banco recibió el dinero por parte de la demandante quien siguió pagando.

La juez dice que: i) se insistirá a la liga contra el cáncer-regional Huila para que allegue lo requerido en oficio 273 del 5 de marzo de 2025 so pena de imponer las sanciones de ley. Agregar por secretaría dicho oficio; ii) Llama la atención sobre la documentación requerida a BBVA Vida y la demandante diciendo que debe allegarse.

La demandante dice que el asegurado estaba afiliado a la EPS de Ecopetrol por lo que la Juez, de forma oficiosa, ordena que por secretaría se remita oficio a Ecopetrol EPS para que allegue los documentos requeridos en el decreto probatorio.

Allegar los documentos por las partes hasta 5 días antes de la diligencia, es decir, hasta el 20 de mayo se reciben los documentos requeridos a las partes. La diligencia continuará con alegatos y sentencia el 27 de mayo de 2025 a las 8:00 a.m. Se remitirá un nuevo link.

Órdenes:

-Insistir a la liga contra el cancer.

-Hacer efectiva la orden probatoria de la audiencia anterior. Por lo que se oficia a Ecopetrol EPS.

-se señala el 27 de mayo para que se continúe la audiencia con lo recaudado hasta el 20 de mayo en materia de prueba documental.

TERMINA A LAS 9:38 A .M.

Teléfono del juzgado: 3232540734 ext1064