

**RADICACION ESCRITO DE CONTESTACIÓN DE DEMANDA // PROCESO VERBAL //
RADICADO: 11001-31-03-003-2024-00033-00 // DEAMANDATE: ARIEL BERNARDO
ARRAZOLA MERLANO / DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y
OTROS**

Fredy Alvarez <fredy.alvarezabogado@gmail.com>

Vie 19/07/2024 10:42 AM

Para:Juzgado 03 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co>;erikamontesb@hotmail.com
<erikamontesb@hotmail.com>;pueblitocampestre@yahoo.com.mx <pueblitocampestre@yahoo.com.mx>

 1 archivos adjuntos (648 KB)

CONTESTACION DEMANDA 2024-00033.pdf;

No suele recibir correos electrónicos de fredy.alvarezabogado@gmail.com. [Por qué esto es importante](#)

Señores:

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Juez: Liliana Corredor Martínez

E.S.D.

TIPO DE PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y OTROS

RADICADO: 11001-31-03-003-**2024-00033-00**

ASUNTO: RADICACION ESCRITO DE CONTESTACIÓN DE DEMANDA

JOHN FREDY ALVAREZ CAMARGO, identificado con la C.C. N° 7.184.094 expedida en Tunja, abogado en ejercicio, con T.P. N° 218.766 del C.S. de la J., en mi calidad de Representante judicial de la sociedad JOSÉ DEL CARMEN BERNAL CALVO ABOGADO S.A.S, apoderada de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, por medio del presente radico escrito de contestación a la demanda.

Cordialmente,

--

Señores:

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Juez: Liliana Corredor Martínez

j03cctobta@cendoj.ramajudicial.gov.co

erikamontesb@hotmail.com

pueblitocampestre@yahoo.com.mx

E.S.D.

TIPO DE PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO

DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y OTROS

RADICADO: 11001-31-03-003-**2024-00033-00**

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

JOHN FREDY ALVAREZ CAMARGO, identificado con la C.C. N° 7.184.094 expedida en Tunja, abogado en ejercicio, con T.P. N° 218.766 del C.S. de la J., en mi calidad de Representante judicial de la sociedad JOSÉ DEL CARMEN BERNAL CALVO ABOGADO S.A.S, apoderada de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, actuando dentro del término legal, me permito **CONTESTAR LA DEMANDA** de la referencia, en los siguientes términos:

A. TÉRMINO Y OPORTUNIDAD PARA LA CONTESTACIÓN

La notificación del auto admisorio de la demanda fue realizada el 18 de abril de 2024, a través de mensaje de datos al correo de notificación de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Por lo anterior, los veinte (20) días para radicar el escrito de contestación comenzaron a correr desde el 23 de abril de 2024, precluyendo el término el 22 de mayo de 2024.

En consecuencia, el presente escrito es radicado dentro de la oportunidad legal correspondiente

B. CONTESTACION DE LA DEMANDA

I. SOBRE LOS HECHOS

Al hecho 1. Es cierto, en la medida que dicha información reposa en la caratula de la póliza. Se resalta la fecha de Solicitud del Seguro por parte del demandante, (19 de julio de 2022), la cual como se acredita en los documentos que obran en el expediente, corresponde a menos de 2 días previo a iniciar trámite de pérdida de capacidad laboral ante Colpensiones por parte del accionante (21 de julio de 2022). Por patologías y enfermedades plenamente conocidas y diagnosticadas de forma previa al Demandante.

De Igual forma sin perjuicio de la Nulidad relativa que debe ser declarada judicialmente y la absoluta que afecto al negocio jurídico desde su nacimiento, la póliza con fundamento en la reticencia en la que incurrió el asegurado, en todo caso, es necesario resaltar que el contrato de seguro contenido en la póliza de vida No. 081004835416 Terminó, conforme lo reglado en el código de comercio y en el clausulado general aplicable, debido a que el señor Ariel Arrazola se constituyó en mora, respecto al pago de la prima mensual, razón por la cual al momento de la reclamación presentada, el contrato de seguro se había terminado tal y como le fue informado por Suramericana.

Al hecho 2. Es cierto, en la medida que dicha información reposa en la caratula de la póliza.

Al hecho 3. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 4. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 5. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 6. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 7. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 8. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 9. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a apreciaciones propias de la parte actora que en todo caso deberán ser demostradas.

Al hecho 10. En lo que respecta a mi representada se precisa que Seguros de Vida Suramericana S.A. no está obligada legalmente a solicitar copia de la historia clínica del señor Arrazola ni está obligada a solicitar la práctica de examen alguno con anterioridad a la contratación de la póliza, como quiera que los Negocios jurídicos bilaterales y especialmente el contrato de seguro se rige por el principio de la buena fe de los contratantes, por lo que si el Tomador Asegurado ahora demandante al diligenciar el formato de asegurabilidad, no declaro que tenía alguna enfermedad o patología diagnosticada, esto implicaba que no había un riesgo asegurable que debiera ser valorado o estudiado por parte de mi representada razón por la cual partiendo de la base que el asegurado contestaba sinceramente las preguntas que se le hicieron al momento de contestar la declaración de asegurabilidad, que como su nombre lo indica es el formulario que sirve al asegurado para conocer el riesgo que asume y si dicho documento no daba cuenta de la existencia de anomalías o enfermedades que debieran ser estudiadas por el asegurador, se aceptó la expedición del contrato de seguro con fundamento en la información dada por el asegurado que debía corresponder a la verdad.

Que el asegurador obligue a sus asegurados a tomarse exámenes médicos, aun cuando ellos declaren que están bien de salud, implicaría acusarlos de mentirosos y de defraudadores, o que están actuando de mala fe, y se rompería la ecuación de reciprocidad que debe primar en las relaciones negociales, cual es que las dos partes se comportan de manera correcta, leal, sincera, de acuerdo a la verdad y que actúan de buena fe.

En relación con las demás compañías, no le consta a mi representada que actividades realizaron o no al momento de contratación de las pólizas indicadas en la demanda.

Al hecho 11. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho. Sin embargo conforme a las pruebas que obran en el expediente este hecho parece no ser cierto ya que obra en el expediente en los anexos aportados a la reclamación de Seguros Bolívar presentada por el accionante,

comunicación de Colpensiones de fecha 04 de agosto de 2022, con radicado BZ2022-9812610-2321766 que dice dar respuesta a solicitud de inicio de trámite de pérdida de capacidad laboral o revisión del estado de invalidez de fecha 21 de julio de 2022, por lo que está acreditado que el demandante ya había intentado obtener una calificación o revisión de su pérdida de capacidad laboral por enfermedades pre existentes y ya diagnosticadas desde el 21 de julio de 2022.

Al hecho 12. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a situaciones fácticas de terceras personas, que son ajenas a las actividades propias de la aseguradora, por lo cual no tiene conocimiento directo de las aseveraciones contenidas en este hecho.

Al hecho 13. No le consta a mi representada en la medida que hace alusión a apreciaciones propias de la parte actora que en todo caso deberán ser demostradas.

Al hecho 14. Es cierto, conforme consta en el acta que se elevó de la audiencia de conciliación celebrada.

Al hecho 15. No es cierta la afirmación contenida en este hecho. Puesto que, en lo que respecta a mi representada, al demandante se le consulto por las enfermedades o padecimientos que a la fecha de solicitar la póliza poseía. Esto con el fin de conocer su estado de salud real al momento de contratar la póliza. Por lo cual, una reticencia de parte del señor Arrazola sería entendida como aquella omisión de informar de forma veraz su estado de salud cuando se le consulto.

Situación que fue señalada en el formato de asegurabilidad que el señor Arrazola diligencio.

Al hecho 16. Es cierto, en la medida que, en lo que respecta a mi representada, conforme al principio de buena fe que regula el contrato de seguros, debía asumir que la información suministrada por el señor Arrazola al momento de diligenciar el formato de asegurabilidad era cierta, donde se le puso de presente un cuestionario especial para conocer su estado de salud y donde indico que no padecía de ninguna enfermedad y que no tenía ningún diagnóstico sobre la existencia de patologías que lo aquejaran correspondía a la verdad, no requiriendo ser corroborada o confirmada conforme a la ley, razón por la cual se aceptó expedir el contrato de seguro.

Al hecho 17. No es cierta la afirmación contenida en este hecho. Puesto que mi representada si cuestiono al señor Arrazola sobre su estado de salud al momento de solicitar la póliza y como se expuso en la respuesta al hecho 10 de la demanda, Suramericana no está obligada a hacer exámenes de salud, ya que no puede partir de la premisa que los asegurados actúan de mala fe o mintiendo o que actúan con fines fraudulentos.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

A la pretensión 1. Me opongo a la prosperidad de esta condena, en la medida que la póliza de vida No. 081004835416 Adolece de Nulidad relativa, absoluta y en todo Caso Termina por mora en el pago de la prima y no se encuentra demostrada la ocurrencia de un siniestro amparado dentro de la póliza No. 081004835416 de conformidad con las condiciones propias de los amparos contratados.

A la pretensión 2. No me opongo a la prosperidad de esta condena, toda vez que no está dirigida a mi representada.

A la pretensión 3. No me opongo a la prosperidad de esta condena, toda vez que no está dirigida a mi representada.

A la pretensión 4. No me opongo a la prosperidad de esta condena, toda vez que no está dirigida a mi representada.

A la pretensión 5. No me opongo a la prosperidad de esta condena, toda vez que no está dirigida a mi representada.

A la pretensión 6. No me opongo a la prosperidad de esta condena, toda vez que no está dirigida a mi representada.

A la pretensión 7. Nos atenemos a la decisión que en derecho adopte el despacho.

III. EXCEPCIONES FRENTE A LA DEMANDA

DE MÉRITO

1. TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO POR NO PAGO DE LA PRIMA

Conforme con lo preceptuado en el artículo 1152 del Código de Comercio, la póliza de vida se dará por terminada de forma automática, por el no pago de la prima dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

Con fundamento en lo anterior, es necesario poner de presente que la póliza de vida No. 081004835416 Se termino y se procedió con su cancelación en el mes de enero de 2023, luego de que el señor Arrazola se constituyera en mora en el pago de la prima.

La corredora Andrea Echeverry Sánchez, quien fue la asesora del señor Arrazola para la contratación de la póliza, sostuvo con él conversaciones por medio de whatsapp, donde le solicitaba mes a mes al demandante que pagará el valor de la prima diferida de forma mensual, siendo desatendidos sus mensajes., situación que también deja acreditada la incapacidad de pago del demandante en la Toma del seguro, situación indiciaria de cual fue la razón que motivo al demandante a tomar tantos contratos de seguro en un lapso de tiempo tan corto, sin contar con la capacidad para pagar las primas mensuales.

Como bien consta en estas conversaciones, el señor Arrazola tan solo hasta el mes de enero de 2023 pagó el valor de la prima correspondiente al mes de octubre de 2022 continuando en mora sobre el valor de la prima correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2022 y enero de 2023, sin que a la fecha el demandante hubiese pagado los valores adeudados.

En razón a ello, la póliza en mención conforme al artículo 1152 del código de comercio Termino y Sura debió cancelarla a partir de certificado expedido el 19 de enero de 2023.

2. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA E INEXACTITUD DEL TOMADOR

Conforme a lo preceptuado en el artículo 871 del Código de Comercio, se tiene como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «*todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural*».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual:

[e]l 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 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 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias

sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el verdadero estado de salud del asegurado de manera tal que se sepa, a ciencia cierta, la forma precisa en que se asume el riesgo que se está trasladando y que está asumiendo la compañía de seguros.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten, conforme al deber que le asiste de recaudar la información. Incluso cuando encuentre luego de la declaración revestida de ubérrima buena fe, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, hasta el punto de abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.

Al respecto la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 1º de junio de 2007, rad. 2004-00179-01, precisó:

[d] el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (...) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios

del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.

En lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 del Código de Comercio previene que «[a]unque 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».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

La misma Corte Suprema de Justicia en sentencia del 26 de abril de 2007, rad. 1997-04528-01, recordó como:

[I]o del cariz profesional inherente a la actividad aseguradora es cosa que no admite discusiones. Mas, el trasunto de todo está en que al ponderar los alcances del concepto "debido conocer" de que da cuenta la norma, es indispensable comprender que si el asegurador, teniendo a su alcance la posibilidad de hacer las averiguaciones que lo lleven a establecer el genuino estado del riesgo, omite adelantarlas, no obstante que cuenta con elementos que invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad, queda irremisiblemente vinculado a la relación aseguraticia sin que al efecto pueda invocar la nulidad para enervarla, pues en entredicho su diligencia y el cardinal principio de la prudencia –en últimas su profesionalismo–, es claro que en tales condiciones emerge un conocimiento presunto de "los hechos y circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración", por lo que la nulidad ya no obra, desde luego, insístese, que el enteramiento anterior se yergue como una de las excepciones concebidas por el legislador para que la nulidad no opere fatalmente (subrayado del texto).

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo, frente a lo que a la aseguradora se le impone la necesidad de indagar sobre el estado de salud del

declarante, mas no a verificar el real estado de salud del futuro asegurado, ya que esto sería obligar a la aseguradora a lo imposible.

En razón a lo expuesto y atendiendo a la lectura de los documentos aportados por el demandante, es evidente que las patologías se presentaban con anterioridad a la suscripción del formulario de asegurabilidad, ya que al momento de contratar la póliza de Vida No. 081004835416, el señor Arrazola presentaba antecedentes que no especificó en el formulario y faltando a su obligación de declararlo conforme al cuestionario realizado, lo cual permite inferir la improcedencia del amparo pretendido por el demandante, toda vez que la reticencia se configura claramente en este caso como consecuencia de que las afecciones padecidas por el solicitante fueron reservadas u omitidas, viciando el consentimiento que emitiría la aseguradora por cuanto el asegurado, en este caso el señor **Ariel Arrazola**, tenía el deber de declarar el estado de riesgo so pena de la nulidad relativa del contrato (artículo 1058 del Código de Comercio).

Información veraz que no fue informada ni indicada pese a requerírsele y preguntársele sobre su estado de salud al momento de solicitar la contratación de los seguros, como consta así:

Declaración de asegurabilidad

Si existiese reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidas por SURAMERICANA, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas

Declaro que tengo o he tenido y/o me han diagnosticado:

<input type="checkbox"/> Valvulopatías	<input type="checkbox"/> Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos)
<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (tratados con medicamentos)	<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Leucemias o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Leucoemia	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Tumores malignos
<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> Úlcera péptica	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C
<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Retardo mental	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Sordera total o parcial	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Artrosis	<input type="checkbox"/> Pérdida anatómica funcional
<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Trasplantes	<input type="checkbox"/> Reemplazos articulares
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Asma (siempre y cuando el asma haya sido diagnosticado posterior a los 5 años)			

Consumo: Drogas estimulantes

He estado en tratamiento para: Alcoholismo o Drogadicción?

SI NO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, fracturas, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esta recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica en los próximos seis (6) meses y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? ¿Ha sido diagnosticado con COVID hace menos de 90 días o requirió algún tipo de tratamiento hospitalario (Hospitalización) o UCI por esta causa? ¿Tiene pendiente en la actualidad la vacunación contra la COVID-19 o tiene el esquema incompleto? (Especifique)

SI NO

Nuevamente se precisa que Seguros de Vida Suramericana S.A. no está obligada legalmente a solicitar copia de la historia clínica del señor Arrazola ni esta obligada a solicitar la practica de examen alguno con anterioridad a la contratación de la póliza, como quiera que los Negocios jurídicos bilaterales y especialmente el contrato de seguro se rige por el principio de la buena fe de los contratantes, por lo que si el Tomador Asegurado ahora demandante al diligenciar el formato de asegurabilidad, no declaro que tenia alguna enfermedad o patología diagnosticada, esto implicaba que no había un riesgo asegurable que debiera ser valorado o estudiado por parte de mi representada razón por la cual partiendo de la base que el asegurado contestaba sinceramente las preguntas que se le hicieron al momento de contestar la declaración de asegurabilidad, que como su nombre lo indica es el formulario que sirve al asegurado para conocer el riesgo que asume y si dicho documento no daba cuenta de la existencia de anomalías o enfermedades que debieran ser estudiadas por el asegurador, se aceptó la expedición del contrato de seguro con

fundamento en la información dada por el asegurado que debía corresponder a la verdad.

Así mismo, conforme a las pruebas que obran en el expediente en la comunicación de Colpensiones de fecha 04 de agosto de 2022, con radicado BZ2022 -9812610-2321766 que dice dar respuesta al demandante frente a solicitud de inicio de trámite de pérdida de capacidad laboral o revisión del estado de invalidez de fecha 21 de julio de 2022, por lo que está acreditado que el demandante ya había intentado obtener una calificación o revisión de su pérdida de capacidad laboral por enfermedades pre existentes y ya diagnosticadas desde el 21 de julio de 2022 y pese a ello guardo silencio y nada informo al momento de tomar los contratos de seguro cuyo pago ahora pretende obtener.

Así las cosas, se puede concluir que en el presente caso se configura una nulidad relativa del contrato de seguro de vida No. 081004835416, por reticencia e inexactitud del señor Arrazola al momento de resolver los cuestionarios realizados por **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** al momento de determinar el estado de riesgo.

3. RIESGO NO CUBIERTO – por exclusión expresa

De conformidad con lo preceptuado en el Código de Comercio, el contrato de seguro, cuyo cuerpo se encuentra contenido en la carátula y condicionado general, contiene descrito además de los datos de los contratantes y la calidad en la que actúan, la vigencia del contrato, las sumas aseguradas, el valor de la prima a pagar, los riesgos asegurados y demás condiciones particulares y generales aplicables.

En el presente caso, de conformidad con lo indicado en la caratula de la póliza No. 081004835416, y acorde con las condiciones generales, se contrataron los siguientes amparos:

 COBERTURAS PROTECCIÓN PARA EL FUTURO DE TU FAMILIA	VALOR ASEGURADO INICIAL	VALOR ASEGURADO ALCANZADO	% CRECIMIENTO	% IVA	VALOR IVA	PRIMA ANUAL	PRIMA MENSUAL	
Vida	\$ 50,000,000	\$ 50,000,000	0.00	0.00	\$	\$911,859	\$82,979	
Muerte accidental	\$ 100,000,000	\$ 100,000,000	1.00	0.00	\$	\$84,000	\$7,644	
Auxilio de exequias	\$ 7,000,000	\$ 7,000,000	1.00	0.00	\$	\$52,033	\$4,735	
Total prima mensual: \$95,358								

 COBERTURAS PROTECCIÓN PARA TU LIBERTAD Y AUTONOMÍA	VALOR ASEGURADO INICIAL	VALOR ASEGURADO ALCANZADO	% CRECIMIENTO	% IVA	VALOR IVA	PRIMA ANUAL	PRIMA MENSUAL
ENFERMEDAD							
Cáncer	\$ 20,000,000	\$ 20,000,000	1.00	0.00	\$ 0	\$72,680	\$6,614
Enfermedades graves	\$ 20,000,000	\$ 20,000,000	1.00	0.00	\$ 0	\$507,140	\$46,150
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por enfermedad	\$ 200,000,000	\$ 200,000,000	1.00	0.00	\$ 0	\$1,000,200	\$91,018
ACCIDENTES							
Invalidez, pérdida funcional y desmembración por accidente	\$ 200,000,000	\$ 200,000,000	1.00	0.00	\$ 0	\$134,000	\$12,194
Gastos de curación	\$ 5,000,000	\$ 5,000,000	1.00	0.00	\$ 0	\$64,350	\$5,856
Renta diaria por accidente	\$ 100,000	\$ 100,000	1.00	0.00	\$ 0	\$338,000	\$30,758
Accidentes personales complementario	\$ 0	\$ 0	0.00	0.00	\$ 0	\$0	\$0

Así mismo, dentro del clausulado general de forma clara se indicaron los eventos que no son tenidos como amparados, extrayéndose del acápite de exclusiones los siguiente:

Sección 2 - Exclusiones

De acuerdo con la siguiente tabla podrás ver las exclusiones que aplican para cada cobertura. SURA no pagará las indemnizaciones acordadas para estas cuando los eventos sean consecuencia directa, indirecta, total o parcial de:

COBERTURAS	EXCLUSIONES										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Para la cobertura de Muerte accidental - Invalidez, pérdida o inutilización por un accidente - Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad Gastos de curación		✓	✓	✓	✓	✓					
2. Para la cobertura de Renta diaria por accidente y hospitalización	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

- Suicidio, intento de suicidio o lesiones que te hayas provocado intencionalmente estando o no en uso de tus facultades mentales.
- Intoxicaciones, lumbalgias, espasmos musculares y hernias de cualquier clase.
- El uso de vehículos o artefactos aéreos en calidad de piloto, estudiante de pilotaje, mecánico de aviación o miembro de la tripulación; incluso si tienes un régimen especial de seguridad social.
- Guerra, revolución, rebelión, sedición, asonada, o actos violentos por conmoción social o por aplicación de la ley marcial; prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía.
- Fisión o fusión nuclear o radioactiva.
- Enfermedades congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas antes de la contratación de la cobertura.
- Cirugía estética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo las de tipo reconstructivo por accidente o enfermedad cubierto por esta póliza.
- Tratamiento por alcoholismo o por adicción a las drogas.
- Tratamiento y/o enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Curas de reposo y desórdenes mentales y nerviosos.
- Esterilización y tratamientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos, tratamientos de infertilidad, impotencia y frigidez.

Conforme lo anterior, se da aplicación a la exclusión, que de forma clara indica que el amparo de invalidez no opera cuando el asegurado padezca *enfermedades*

congénitas o lesiones, defectos físicos y enfermedades originadas o adquiridas ante de la contratación de la cobertura.

Situación que se ve configurada al revisar la información clínica y conceptos que fueran enunciados dentro del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez Bolívar respecto del señor Ariel Bernard Arrazola, donde de forma resumida se da cuenta de los diagnósticos extraídos de la historia clínica aportada por el demandante. Siendo referido que el señor Arrazola comenzó a padecer de una enfermedad articular degenerativa por lo menos desde el 22 de mayo de 2019, que se fue agravando con el tiempo.

Así mismo, conforme a las pruebas que obran en el expediente en la comunicación de Colpensiones de fecha 04 de agosto de 2022, con radicado BZ2022 -9812610-2321766 que dice dar respuesta al demandante frente a solicitud de inicio de trámite de pérdida de capacidad laboral o revisión del estado de invalidez de fecha 21 de julio de 2022, por lo que está acreditado que el demandante ya había intentado obtener una calificación o revisión de su pérdida de capacidad laboral por enfermedades pre existentes y ya diagnosticadas desde el 21 de julio de 2022 y pese a ello guardo silencio y nada informo el 19 de julio de 2022, fecha en la que tomo el contrato de seguro cuyo pago ahora pretende obtener.

Dicha enfermedad no fue puesta en conocimiento a Seguros de Vida Suramericana S.A. por parte del señor Arrazola al momento de diligenciar el formulario de asegurabilidad, donde de forma clara se le consultaba por su estado de salud, omitiendo informar de forma clara a mi representada.

En consecuencia, la pérdida de capacidad laboral dictaminada no se encuentra amparada dentro de la cobertura contratada, atendiendo a que la enfermedad articular degenerativa que fuera tenida en cuenta como la deficiencia de mayor calificación, se originó y diagnosticó con anterioridad a la contratación de la póliza No. 081004835416, por lo cual mi representada no puede ser llamada a responder por situaciones no cubiertas.

4. AUSENCIA DE COBERTURA – frente a los hechos de la demanda

De acuerdo con la definición y limitación del amparo de *invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad*, este opera bajo las siguientes condiciones:

3. **INVALIDEZ, PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN POR ENFERMEDAD**

Si como consecuencia de una **enfermedad diagnosticada durante la vigencia del seguro** sufres una invalidez que te produzca una pérdida permanente de capacidad laboral igual o superior al 50% **SURA te pagará el valor asegurado alcanzado por esta cobertura.**



Esta cobertura está condicionada a que:

- a) La pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50% persista por un término **no inferior a 120 días.**
- b) Deberás sobrevivir al menos treinta 30 días después de una pérdida o inutilización parcial cubierta por este anexo.

PARA LAS DOS COBERTURAS DE INVALIDEZ DEBES TENER EN CUENTA LO SIGUIENTE:

- a.  La pérdida de capacidad laboral se deberá calcular de acuerdo con lo establecido en el **manual único de calificación de invalidez**, incluso si tienes un régimen especial de seguridad social.
- b.  La fecha relevante en la reclamación es la fecha de estructuración (**esta es la fecha del siniestro**).
- c.  Cuando presentes una reclamación podrás aportar los conceptos o calificaciones de invalidez que hayan emitido las entidades habilitadas como la EPS, AFP, ARL y juntas de calificación de invalidez. En caso de que haya discrepancia en las calificaciones, la definitiva para este seguro **será la que solicite SURA a la Junta Regional de Calificación de Invalidez**, en caso de apelación será la definida por la Junta Nacional.

Acorde con lo anterior, y frente al presente asunto, para que opere este amparo es necesario que la enfermedad que da lugar a la invalidez sea diagnosticada por primera vez durante la vigencia del seguro, y que la misma sea clasificada en igual superior proporción al 50%.

Así conforme se plasma en la caratula de la póliza No. 081004835416 esta tuvo como periodo de vigencia el comprendido entre el 19 de julio de 2022 y el 19 de enero de 2023, fecha en la que la póliza termino por mora en el pago de la prima, siendo referido en el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez Bolívar respecto del señor Ariel Bernard Arrazola, que el primer diagnóstico de osteoartritis fue realizado el 22 de mayo de 2019, esto es por fuera del periodo de vigencia de la póliza, sin que al momento en su contratación hubiese sido brindada dicha información de parte del señor Arrazola.

En consecuencia, la pérdida capacidad laboral a que hace alusión el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional aportado con el escrito de demanda, no puede ser amparada por mi representada, teniendo en cuenta que la enfermedad de base que dio lugar al mismo, al ser la deficiencia con mayor calificación, puesto que esta fue diagnosticada con anterioridad a la contratación de la póliza No. 081004835416.

5. NO SE HA MATERIALIZADO EL RIESGO ASEGURADO

Como bien se desprende de las estipulaciones contenidas en el Código de Comercio en cuanto a los contratos de seguro, las obligaciones dinerarias pactadas en los seguros a cargo del Asegurador, únicamente se hacen efectivas ante la ocurrencia o el acaecimiento de cualquiera de los riesgos pactados en la póliza y amparados por este.

La ocurrencia del riesgo otorga al asegurado o beneficiario el derecho al cobro del seguro, o al pago del valor pactado por parte del asegurador.

Así mismo de conformidad con el artículo 1056 del código de comercio, prevé:

"Asunción de riesgos: Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."

En concepto de la superintendencia financiera de Colombia No. 1999045430-2. Septiembre 1º de 1999. Superintendente Delegado para Seguros y Capitalización se indicó:

"Dentro del ámbito de la libertad contractual que le asiste a las partes en el contrato de seguro, el asegurador en virtud de la facultad que consagra el artículo 1056 del Código de Comercio puede, salvo las restricciones legales, asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que está expuesto el interés asegurado, el patrimonio o la persona del asegurado. Es así como éste, mediante la suscripción de la póliza de seguro decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertos presupuestos, de tal manera que solo en el evento en que se presenten dichos presupuestos deberá cumplir con su obligación de indemnizar.

De igual forma, adicionalmente, puede incorporar en la póliza determinadas estipulaciones, contentivas de circunstancias que aún siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo, no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro, las cuales se conocen generalmente con el nombre de exclusiones. De conformidad con lo anterior, las compañías aseguradoras son autónomas para otorgar o no determinados amparos, de acuerdo con sus políticas internas de selección de riesgos.

Como una limitación a esta autonomía, las compañías aseguradoras tienen el deber de celebrar el contrato y consecuentemente brindar la cobertura del caso, si se trata de un seguro de naturaleza obligatoria, de conformidad con lo estipulado en el artículo 191 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en los cuales las entidades aseguradoras que tengan autorizado el ramo correspondiente están en la obligación de otorgar la cobertura en los términos que la ley prevea, sin posibilidad de negar la asunción del riesgo”

En este mismo sentido, en sentencia 2002-00098 de julio 2 de 2014 de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Rad. 76001-31-03-013-2002-00098-01. Magistrado Ponente: Dr. Ariel Salazar Ramírez, se dijo:

“...Requisito ineludible para dotar de eficacia a cualquier póliza expedida en el marco de una relación asegurativa, es el de individualizar los riesgos cuya cobertura se obligan en virtud de la misma, por lo que en dicha materia se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales, “todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”.

En ese orden de ideas, es claro que a efectos de identificar el alcance de la protección otorgada por la compañía de seguros, el juez necesariamente debe acudir a las cláusulas de la póliza y a los documentos que se consideran integrantes de la misma, que definan lo atinente a los riesgos amparados u objeto del aseguramiento además de las exclusiones y límites pecuniarios y temporales pactados, sin que —tal como lo ha sostenido esta corporación— le esté permitido “interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no solo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida...” (CSJ SC, 23 May. 1988)

Acorde con lo anterior, y con las manifestaciones de la demandante, no se ha acreditado la ocurrencia de riesgo amparado conforme con las condiciones propias de la póliza No. 081004835416, por lo cual, de manera consecuente no se ha originado la obligación condicional de la compañía se pagar indemnización alguna.

6. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

Conforme lo establece el artículo 1045 del Código de Comercio, uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, lo constituye la obligación condicional, entendida

como aquella obligación cuyo nacimiento depende de la potísima razón: que el riesgo amparado se haya realizado, es decir que haya ocurrido el siniestro a la luz de las condiciones generales o particulares de la póliza.

Así lo reconoce la jurisprudencia y doctrina nacional cuando indican que, una vez ocurrido el siniestro, nace la obligación condicional en cabeza de la aseguradora del pago del mismo cuando se le haya presentado la reclamación formal conforme a lo señalado por el artículo 1077 del Código de Comercio.

Se requiere necesariamente que HAYA OCURRIDO EL SINIESTRO O LA REALIZACIÓN DEL EVENTO PACTADO EN LA PÓLIZA, para que surja en cabeza de mi representada la obligación del pago.

Teniendo en cuenta que el riesgo asegurado no ha ocurrido de conformidad con las condiciones pactadas, no le asiste obligación alguna a mi representada de dar cumplimiento a lo pactado.

Por lo tanto, siempre que el riesgo amparado no se encuentre debidamente configurado y demostrado, o contratado, la compañía aseguradora como parte del contrato de seguro, no puede hacer efectiva la cobertura o cumplir sus obligaciones de pago.

7. SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro contenido en la póliza de *VIDA PLAN VIVE* según consta en el expediente, se encuentra sujeta a términos y condiciones, exclusiones y amparos, límites asegurados, que deberán ser tenidos en cuenta por el juez en el hipotético evento de encontrarse probada la existencia de una obligación en cabeza de las compañías coaseguradoras derivada del contrato de seguro.

En virtud de lo anterior, mi representada no podrá ser condenada sobre hechos respecto de los cuales, en la póliza, claramente, se demuestran que NO SON OBJETO DE COBERTURA.

8. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD, CONDICIONES DEL SEGURO, DEDUCIBLE Y DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO.

Pese a la ausencia de fundamento de la acción y de la carencia de los derechos invocados por la parte demandante, así como de las relaciones que sirven de base a las demás excepciones propuestas, en gracia de discusión y sin que la presente constituya el reconocimiento de obligación alguna de mi representada, es pertinente mencionar que en el remoto evento de que prosperaran una o alguna de las pretensiones del libelo, que contractualmente, en la pólizas de seguros, se

estipularon los amparos, el tomador, el beneficiario, el valor asegurado, la vigencia de la póliza, entre otros aspectos.

9. NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO DE SEGURO. Ausencia de Consentimiento.

Como esta acreditado, incluso aceptado por la parte actora y su apoderada a través de la demanda, en donde nunca niegan la existencia de patologías y enfermedades previamente existentes y diagnosticadas al señor Arrazola, y donde sustenta su demanda indicando que no era deber del asegurado ahora demandante, decir la verdad en la declaración de asegurabilidad, sino que el asegurador debía suponer que estaba mintiendo al haber tomado los seguros con 58 años y que en Colombia a dicha edad, según el parecer de la apoderada del actor, ya se sufre de enfermedades, por lo que en su sentir, Sura debía desconocer el máximo principio que regula el contrato de seguro, cual es la buena fe y desconfiar del señor Arrazola y ordenarle tomarse exámenes médicos previo a la contratación de su seguro, y que como en su sentir no lo hizo, ahora debe pagarle los valores asegurados, situación que se torna no solamente contraria a la ley sino a la moralidad y la ética.

Esta probado entonces conforme a la demanda, que el demandante no dijo la verdad en la declaración de asegurabilidad, está probado que no le interesaba declarar el estado real de riesgo, esta probado conforme a los hechos de la demanda que la Actora piensa su estado de salud debía ser confirmado y verificado a pesar que se le preguntó si presentaba antecedentes de salud o enfermedades diagnosticadas que no especifico en los formularios, partiendo entonces el asegurador según los planteamiento de la demanda, que siempre hay mala fe de los asegurados, situaciones todas contrarias a la ley y la constitución.

Por el contrario, a lo que piensa la apoderada de la parte actora, era obligación del señor ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO declarar su estado de salud conforme a la realidad, decir la verdad, y contestar sinceramente los cuestionarios realizados, pero será en este proceso que el juez deberá indagar en las reales motivaciones que tenía el actor al no haber informado su estado de salud real.

Mas allá de la reticencia que se configura claramente en este caso como consecuencia de que las afecciones padecidas por el solicitante y que no fueron informadas a Sura, estamos de igual forma en presencia de una Nulidad absoluta del contrato de seguro, como quiera que al no conocerse el estado real del riesgo asegurado el Asegurado emitió su consentimiento de manera viciada, no siendo entonces una decisión informada la de la aseguradora de expedir el seguro y fijar el riesgo, por no estar sustentada en hechos reales ni estar debidamente informada, su decisión de asegurarlo, su consentimiento estaba viciado, por desconocimiento del estado de salud del asegurado, luego entonces mal podría hacerse exigible una póliza que se suscribió en las citadas condiciones y en consecuencia no existe

jurídicamente soporte para que recaiga en cabeza de mi representada la obligación de indemnizar, de acuerdo a lo pactado en el mismo contrato de seguro. Esta circunstancia, genera la NULIDAD ABSOLUTA, del contrato de seguro base de la demanda, por haberse presentado vicio en el consentimiento generador de la NULIDAD ABSOLUTA QUE SE INVOCA, en los términos del artículo 1502 del Código Civil Colombiano.

En los anteriores términos dejo estructurada la presente excepción.

10. LA GENÉRICA O ECUMÉNICA

Propongo la excepción genérica que, según el artículo 282 del Código General del Proceso se refiere a cualquier hecho que resultare probado en el curso del proceso o en cualquier otra circunstancia, en virtud del cual la ley considera que la obligación para mis representadas no existió o la declara extinguida.

C. FUNDAMENTO DE LA CONTESTACIÓN

I. HECHOS Y ARGUMENTOS BASE DE LA CONTESTACIÓN

1.- DEFINICIONES:

TOMADOR: Quien suscribe el contrato, el interesado en el seguro, le corresponde las obligaciones del pago de la prima y las demás derivadas del contrato de seguro.

ASEGURADO: El titular del bien protegido, ya se trate de su propia vida o de un bien en particular, se conoce como aquel que está expuesto al riesgo.

PRIMA: Es el precio o valor del contrato de seguro y deberá ser pagada dentro del plazo legal o contractual y corresponderá en forma equitativa y proporcional al riesgo asumido por el Asegurador.

RIESGO: Es el hecho futuro e incierto, cuya realización no depende de la voluntad del tomador y/o asegurado.

2.- EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES:

El artículo 1602 del Código Civil que indica:

"Art. 1602.- Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales."

Las estipulaciones contenidas en los contratos, los nombramientos y designaciones, tienen como fuerza obligatoria para cada una de las partes y no puede desconocerse por ninguna de ellas.

3. - PRESUNCIÓN DE BUENA FE CONTRACTUAL:

El principio de presunción de buena fe contractual ha sido desarrollado no solo por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, sino además por numerosas sentencias de la Corte Constitucional, así mismo la Constitución Política ordena:

"ARTÍCULO 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 ésta."

Tal disposición consagra el principio de buena fe contractual el cual tiene un tinte moral más que jurídico, pero como tal debe presumirse en las actuaciones de los particulares.

4.- ELEMENTOS ESENCIALES DEL CONTRATO DE SEGURO:

El artículo 1045 del Código de Comercio señala:

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.

5.- ASUNCIÓN DE LOS RIESGOS:

Respecto del alcance de la responsabilidad del asegurador, en cuanto a los riesgos que propone el tomador, las normas que regulan el contrato de seguro, permiten al asegurador elegir cuál de los propuestos asume cuáles no.

En efecto, el artículo 1056 del Código de Comercio señala lo siguiente:

"Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."

Luego la responsabilidad del asegurador en cuanto a los riesgos asumidos se limitará a las obligaciones expresamente pactadas.

II. FUNDAMENTOS DERECHO

En cuanto a los riesgos amparados por las aseguradoras, la Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Civil en providencia del 29 de enero de 1998 (exp. 4894), y de antaño, la doctrina de la Corte (CLXVI, pág. 123) tiene definido que el

contrato de seguros debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (arts. 1048 a 1050 del C. de Co.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, *"en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse 'escritura contentiva del contrato' en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines éstos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante".* (Subrayas originales)

En sentencia del 24 de mayo de 2005, la Sala de Casación Civil con ponencia del magistrado Pedro Octavio Munar Cadena, proferida dentro del expediente Nro. 7495 explicó que un requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros es la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí.

"2º) En armonía también con las orientaciones generales ofrecidas en el numeral anterior, la Corte ha deducido como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado".

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque

de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados), ora porque se establezca que el asegurador cubre todos los riesgos de pérdidas, pero con las exclusiones que también expresamente convengan los interesados (principio de la universalidad o de la "cobertura completa", distinguidas, también, en el mercado, como all risks policies', denominación que, como lo enfatiza SANTIAGO AREAL LUDEÑA (EL SEGURO AERONAUTICO, Ed. Colex, 1998, pág. 32) "se debe a que cubren la propiedad del asegurado frente a todas las pérdidas que hayan sido accidentalmente causadas")."

Por tanto, el juzgador debe examinar con sumo cuidado el contenido de la póliza y sus anexos en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo.

D. PRUEBAS

Solicito se tengan como pruebas los siguientes:

- DOCUMENTALES

- i. Póliza No. 081004835416
- ii. Clausulado general aplicable a la póliza No. 081004835416
- iii. Solicitud para el seguro de vida
- iv. Confirmación electrónica
- v. Conversaciones de la corredora comercial y el demandante

- INTERROGATORIO DE PARTE

Solicitó se decrete el interrogatorio de parte del demandante Ariel Bernardo Arrazola Merlano, para que en audiencia resuelvan el cuestionario de preguntas que les realizare respecto de los hechos referidos en la demanda y demás mencionados dentro de este escrito.

El demandante podrá ser citado a través de su apoderado o en la dirección de notificación que se refirió en el escrito de la demanda.

- TESTIMONIO

Solicito se decrete la recepción del testimonio de la corredora comercial Andrea Echeverry Sánchez identificada con la C.C. No. 1.151.946.189, quien colaboró al demandante para la contratación de la póliza de vida No. 081004835416, a quien le consta sobre la contratación de la póliza y terminación de la misma por mora en el pago de la prima.

La testigo podrá ser citada a través de mi representada.

E. ANEXOS

Anexo al presente escrito los siguientes documentos:

- i. Poder conferido para actuar en representación de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
- ii. Certificado de existencia y representación de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
- iii. Cámara de Comercio de la sociedad JOSE DEL CARMEN BERNAL CALVO ABOGADO SAS
- iv. Documentos que acreditan la calidad de abogado de quien suscribe el presente escrito
- v. Documentos referidos en el acápite de pruebas

Los documentos enunciados son compartidos a través del siguiente enlace:

[ANEXOS CONTESTACION 2024-00033](#)

F. NOTIFICACIONES

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., en la carrera 11 No. 93-46 piso 7 en Bogotá D.C. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@sura.com.co

Para efectos de notificaciones las recibiré en la calle 31 #13 A -51 oficina 209 Torre 1 Edificio Panorama, en la ciudad de Bogotá D.C. Celular 3002524313, correo electrónico: fredy.alvarezabogado@gmail.com **AUTORIZO QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES SE REALICEN A ESTE CORREO ELECTRÓNICO.**

Cordialmente,



JOHN FREDY ALVAREZ CAMARGO
C.C. No. 7.184.094 expedida en Tunja
T.P. No. 218.766 del C.S. de la J.