

Señores

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE CALI

J03cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: LEONARDO LOZANO LOZANO.
DEMANDADO: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
RADICACIÓN: 760014003003-2024-00632-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, con NIT 890.903.790-5, con domicilio principal en la ciudad de Medellín, con dirección electrónica de notificaciones notificacionesjudiciales@suramericana.com.co; como se acredita con el poder especial que se adosa mediante este escrito al expediente. Encontrándome dentro del término legal oportuno para hacerlo, con el debido respeto me dirijo a Usted señor Juez, con el fin de **CONTESTAR LA DEMANDA** de Responsabilidad Civil Contractual promovida por LEONARDO LOZANO LOZANO en contra de mi representada, para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Es cierto que el señor Leonardo Lozano adquirió el seguro de vida instrumentalizado mediante la póliza No. 0500431 el cual contiene el amparo de enfermedades graves entre las cuales se incluye el infarto al corazón.

AL HECHO SEGUNDO: No es cierto que el día 31 de mayo de 2023 el señor Leonardo Lozano haya sufrido un infarto al corazón. Pese a la extensa cita que la parte demandante realiza de la historia clínica, omite de manera evidente el diagnóstico registrado por el Hospital La Buena Esperanza consistente en fibrilación ventricular y taquicardia supraventricular, observemos:

ANÁLISIS

DIAGNOSTICOS
FIBRILACION VENTRICULAR
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR
DOLOR PRECORDIAL
ANTECEDENTES DE T CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA
HIPERPARATIROIDISMO

Ahora bien, es claro que el diagnóstico no comporta la presencia de infarto al corazón pues ni siquiera se cumplen los criterios diagnósticos que permitan llegar a dicha conclusión, ya que no se verifica en la historia clínica registro de elevación de enzimas cardíacas o elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, veamos:

EKG CONTROL SE OBSERVA FC 72PPM CON RSR N DIII, CON DEPRESION DE ST EN CARA SEPTA, V3 Y V4, V5.

TROPONINAS NEGATIVAS.

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOCIS, SIN NEUTROFILIA

FUNCION RENAL NORMAL.

GLUCOSA NORMAL

RX TORAX NO LESIONES DE VIA AEREA, NO HEMOTORAX, NO NEUMOTORAX

Por lo tanto, la parte demandante no ha cumplido con la carga probatoria que le impone el artículo 167 del C.G.P. siendo evidente que no ocurrió el riesgo asegurado señalado en este hecho.

AL HECHO TERCERO: No es cierto, pues el cuadro clínico del señor Leonardo Lozano no da cuenta de la elevación de segmentos ST, sino depresión en ST en cara septa, v3, v4 y v4. En igual sentido, dicho cuadro clínico evidencia como resultado de la medición de enzimas troponinas negativas y no positivas.

AL HECHO CUARTO: No es cierto que se haya elevado reclamación a mi representada con base en el amparo de infarto al corazón, sino que la misma obedeció a una solicitud, pues no cumple con los criterios previstos en el artículo 1077 del código de comercio al no probar la ocurrencia del siniestro.

AL HECHO QUINTO: Este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- No es cierto que la respuesta de la compañía aseguradora corresponda al 9 de marzo de 2021, pues en primer el hecho que se discute en la presente demanda solo ocurrió hasta el 31 de mayo de 2023 y, en segundo lugar, el documento referido en este hecho se encuentra fechado el 24 de octubre de 2023.
- Es cierto que en la respuesta a la solicitud se manifestó la improcedencia de reconocimiento de pago alguno ante la ausencia de prueba de la ocurrencia del riesgo asegurado pues el diagnóstico y los criterios

para el mismo no coinciden con la descripción del amparo de enfermedades graves.

AL HECHO SEXTO: No es cierto que se cumplan los criterios diagnósticos establecidos en el amparo de enfermedades graves para la enfermedad de infarto al corazón pues, como ya se explicó, no existió elevación de enzimas cardíacas y no se verifica elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, por lo tanto, no se materializa el amparo contemplado en la póliza, esto es, el amparo de enfermedades graves y, concretamente, de infarto al corazón.

AL HECHO SÉPTIMO: Es cierto, la existencia de poder especial se verifica en los anexos de la demanda.

AL HECHO COTAVO: Es cierto que el día 29 de mayo de 2024 se llevó a cabo audiencia extrajudicial de conciliación la cual fue declarada fracasada.

AL HECHO NOVENO: Se encuentra repetido, pues esta misma afirmación se encuentra en el hecho séptimo, por lo cual me remito a la respuesta frente a ese hecho.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO a esta pretensión, teniendo en cuenta que no le asiste razón al demandante en los reclamos en contra de la compañía aseguradora. Lo anterior debido a que el aseguramiento en el que ostenta calidad de asegurado el señor Leonardo Lozano debe ser declarado nulo conforme a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, al verificarse la reticencia al momento de suscribir el contrato de seguro. Adicionalmente, se debe aclarar que el contrato de seguro no tiene un valor asegurado de \$107.017.278 para el amparo de enfermedades graves, sino que dicha suma es de \$67.1995.163.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión declarativa, toda vez que la parte demandante no ha demostrado la ocurrencia del siniestro conforme lo exigen los artículos 1072 y 1077 del código de comercio, por lo tanto no ha nacido la obligación condicional en cabeza de mi representada y, en este sentido, no puede declararse el incumplimiento de una obligación inexistente. Adicionalmente, el contrato de seguro mediante el cual se vincula a mi representada debe ser declarado nulo, ya que el señor Leonardo Lozano fue reticente al momento de suscribir dicho acuerdo de voluntades al no declarar sinceramente el estado del riesgo, lo cual resulta trascendental para la compañía aseguradora toda vez que al conocer el verdadero estado del riesgo hubiere celebrado el contrato de seguro en condiciones más onerosas o se habría abstenido de celebrarlo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “(I)”: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que no se encuentra acreditado dentro del proceso la ocurrencia del riesgo asegurado consistente en infarto al corazón, pues las enfermedades diagnosticadas al demandante obedecen a fibrilación ventricular y taquicardia supraventricular.

Por otra parte, dicha pretensión resulta improcedente como quiera que el demandante fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su

aseguramiento. Así las cosas, como en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado no hay lugar a efectuar ningún pago por parte de mi mandante.

Adicionalmente, el amparo cuya afectación se persigue tiene un valor asegurado de \$67.195.163 y no de \$107.017.278, siendo totalmente inviable que en caso de una hipotética condena el juzgado conceda el juzgado reconozca el monto pedido en la demanda.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “(II)”: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que no se ha probado la ocurrencia del riesgo asegurado de infarto al corazón, y en todo caso, el contrato de seguro adolece de nulidad relativa conforme a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, motivo por el cual no ha nacido en cabeza de mi representada la obligación condicional que la obligue al pago del valor asegurado, consecuentemente, es improcedente solicitar el pago de intereses y su indexación frente a una obligación inexistente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN “(III)”: ME OPONGO a esta pretensión condenatoria toda vez que es consecuencia de las anteriores pretensiones, sin embargo, al no proceder los pedimentos precedentes, el juzgado tampoco puede condenar a mi representada al pago de costas y agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El juramento estimatorio se objeta teniendo en cuenta que los valores referidos en el mismo deben ser estimados de forma razonada, sin embargo, en el acápite mencionado la parte demandante se limita a referir sumas de dinero sin indicar de dónde se extraen las mismas, pues en ningún momento la póliza por medio de la cual se vincula a mi representada refiere como valores asegurados los relacionados en el acápite del juramento estimatorio. Además, no es jurídicamente viable tener por prueba del monto reclamado el valor estimado en el juramento toda vez que el contrato de seguro por el cual se vincula a mi representada es relativamente nulo conforme a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, siendo inviable reclamar un pago respecto de un contrato que no surte efectos jurídicos.

En este sentido, no podrá condenarse a Seguros de Vida Suramericana SA al pago de la indemnización que se deriva del contrato del señor Leonardo Lozano, toda vez que la reticencia en la declaración respecto del verdadero estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento cobra fundamental relevancia, debido a que, de conocer el verdadero estado del riesgo, mi representada se habría abstenido de celebrar el contrato de seguro, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por lo tanto, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada

Por otra parte, se debe tener en cuenta que, conforme al límite del valor asegurado pactado en la póliza para el amparo de enfermedades graves, se observa que existe una diferencia significativa entre el valor reclamado por la parte demandante y el valor máximo el cual se comprometió mi prohijada a reconocer en caso de verificar la configuración del siniestro.

En este punto es preciso recordar que las pretensiones de la demanda persiguen el reconocimiento de la

suma de \$107.017.278 reflejando dicho valor en el juramento estimatorio realizado, no obstante, dicha petición resulta abiertamente injustificada y carente de cualquier sustento probatorio, pues de la carátula de la póliza puede extraerse fácilmente que el valor asegurado para el amparo referido en el escrito petitorio y cuya existencia se discute asciende \$67.195.163, veamos:

COBERTURAS	NRO. ASEGURADOS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA	954	\$136.636.182.473	\$-6.377.758
Inv., pérdida o inutilización por EFG o Accidente	954	\$136.636.182.473	\$-678.745
DOBLE IND. POR MUERTE ACCIDENTAL	954	\$136.636.182.473	\$-1.555.205
ENFERMEDADES GRAVES	938	\$67.195.163.205	\$-2.758.958
GASTOS DE ENTIERRO	954	\$3.339.000.000	\$-6
BONO CANASTA / EDUCATIVO	954	\$5.724.000.000	\$-11
MUERTE ACCIDENTAL	954	\$138.503.376.391	\$-1.347.686
renta por hospitalización	951	\$142.650.000	\$-258
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	951	\$142.650.000	\$-258
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL HOMICIDIO	940	\$135.388.021.978	\$-213.958

Luego, obedeciendo a las condiciones de la póliza plasmadas en su carátula es claro que en caso de una hipotética condena el valor debido a cargo de mi representada no es siquiera equiparable al reclamado por el señor Leonardo Lozano, sino que se limita a lo indicado en el contrato de seguro, es decir, a \$67.195.163.

De esta forma, teniendo en cuenta la nulidad relativa del contrato de seguros y el límite asegurado determinado en la carátula de la póliza, el juramento estimatorio realizado por la parte demandante no podrá tenerse como prueba de la cuantía reclamada.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. NO SE PUEDE AFECTAR EL AMPARO DENOMINADO “ENFERMEDADES GRAVES” PACTADO DENTRO DEL CONTRATO DE SEGURO DOCUMENTADO EN LA PÓLIZA No. 0500431, TODA VEZ QUE NO SE VERIFICÓ LA OCURRENCIA DEL RIESGO ASEGURADO

Se propone esta excepción para explicar al Despacho que, si bien el demandante pretende la afectación del amparo denominado “enfermedades graves” pactado dentro del contrato de seguro documentado en la Póliza de Vida-Plan Vida Integral Contributivo No. 0500431, por la supuesta ocurrencia de un infarto al corazón, este amparo NO puede resultar afectado de ninguna manera, por cuanto la parte actora no acreditó el cumplimiento de los requisitos establecidos en el código de comercio, al punto de verificarse que la historia registra un diagnóstico no amparado por la póliza, por lo tanto, las pretensiones deberán ser negadas.

Así entonces, para efectos de solicitudes de indemnización por los riesgos amparados, la carga probatoria gravita sobre la parte demandante. En ese sentido, el artículo 1072 del Código de Comercio, estableció:

ARTÍCULO 1072. <DEFINICIÓN DE SINIESTRO>. *Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.*

El cumplimiento de la carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina sobre

el tema:

“(…) Es asunto averiguado que en virtud del negocio asegurativo, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- “da origen a la obligación del asegurado” (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (…)”

“(…) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual, si fuera poco, emerge pura y simple.

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (…)* Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”. Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (…)”

“(…) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080) (…)”¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De forma complementaria, se debe mencionar que la importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro, de la existencia del daño y su cuantía, se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este. Puesto que, de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la H. Corte Suprema de Justicia:

“(…) 2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, “da origen a la obligación del asegurador”.

2.2. En consonancia con ello, “[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro” (art. 1075, ib.), información que en el caso de la

¹ ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

póliza de que se trata, debía verificarse “dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza” (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).

2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además “demostrar [su] ocurrencia (...), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” (art. 1077, ib.).

2.4. Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (art. 1089, ib.) (...)²

De lo anterior, se infiere que, en todo tipo de seguros, cuando el asegurado o beneficiario quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro. Para el caso en estudio, debe señalarse que la parte demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1072 del Código de Comercio. Según las pruebas documentales obrantes en el plenario, no se han probado estos factores, por lo que, en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador.

Conforme a lo mencionado, tenemos que según la historia clínica del día 31 de mayo de 2023, el señor Leonardo Lozano fue atendido en la sala de reanimación de urgencias del Hospital La Buena Esperanza al cual ingresa taquicárdico e hipotenso, y se le realiza EKG verificando taquicardia supraventricular y fibrilación ventricular, como se muestra a continuación:

ANALISIS
PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DE TUMOR DE CELULAS PARTAS EN TIBIA IZQUIERDA, ADENOMA PARATIROIDEO INFERIOR IZQUIERDO RESECADO EN NOVIEMBRE DE 20022, EN MANJECON ALCIO, CALCITRIOL, PACIENTE ERFIERE CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE, REFIERE DOLOR INTENSO EN REGION PRECORDIAL Y PALPITACIONES, SE INGRESA TAQUICARDICO., HIPOTENSO, DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE INGRESA INESTABLE A SALA DE REANIMACION SE DA MANEJO CON OXGENO A 3 LTS MINUTO, 2 ACCESOS VENOSOS, MANEJO CON LEV BOLO D 1000 CC SSN SE SOLICITA EKG DONDE SE OBSERVA FIBRILACION VENTRCULAR, TAQUICARDIA SUPRAVENTRILCULAR, SE INDICA MANEJO ANTIARRITMICO. SE PASA 1 BOLO DE AMIODARONA EN DAD 5% 250CC, ANALGESIA, ANTIEMETICO, SE SOLCIITA EXAMENENS SANGRE, HEMOGRMAA, GLUCOSA, FUNCION RENAL, TROPONINAS DADO DOLOR PRECORDIAL INTEI SE SOLICITA RADIOGRAFIA DE TORAX, SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA MANEJO POR MEDICINA INTERNA. SE SOLIITA EKG CONTROL. SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR QUIENES ENTIENDEN Y ACEPTNA

Teniendo en cuenta los síntomas al momento del ingreso y los resultados del EKG realizado al demandante, en la historia clínica antes mencionada se diagnostica fibrilación ventricular y taquicardia supraventricular:

² Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación No. 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO.

ANÁLISIS

DIAGNOSTICOS

FIBRILACION VENTRICULAR

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

DOLOR PRECORDIAL

ANTECEDENTES DE T CELULAS PARDAS TIBIA IZQUIERDA

HIPERPARATIROIDISMO

De esta manera, es evidente que la enfermedad sufrida por la parte demandante no se encuentra contemplada dentro del amparo de “enfermedades graves” ya que no se trata de un infarto al corazón sino de taquicardia. En este punto, resulta necesario recordar la descripción del amparo que se pretende afectar, contenida en las condiciones generales del contrato de seguro:

3. ENFERMEDADES GRAVES

SURA te pagará el valor asegurado si te diagnostican por primera vez cualquiera de las siguientes enfermedades o se te realizan cualquiera de los siguientes procedimientos:

Luego, para alegar la ocurrencia del siniestro, el interesado debe demostrar que ha sido diagnosticado por primera vez con cualquiera de las enfermedades que se relacionan en el clausulado general siendo una de ellas el infarto al corazón, supuesto inexistente en el caso que nos ocupa.

Adicionalmente, en el clausulado general de la póliza la aseguradora refirió criterios diagnósticos con los cuales es posible determinar la ocurrencia del infarto al corazón, los cuales resultan pertinentes en el análisis de la ocurrencia del riesgo asegurado, veamos:

A. Infarto al corazón: muerte de una porción del músculo de tú corazón. Los criterios de diagnóstico son:

1. Dolor de pecho típico.

2. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones o inversión de la onda T.

3. Elevación de enzimas cardíacas.

Verificando los requisitos señalados, se observa que los mismos no están presentes en la historia clínica del demandante, situación que no deja lugar a dudas de la ausencia de los presupuestos necesarios establecidos en el contrato de seguro para que surja en cabeza de la aseguradora la obligación condicional reclamada. De manera concreta, la página 6 de la historia clínica emitida por el Hospital “La Buena Esperanza” da cuenta de

los resultados de los exámenes practicados al demandante, veamos:

EKG CONTROL SE OBSERVA FC 72PPM CON RSR N DIII, CON DEPRESION DE ST EN CARA SEPTA, V3 Y V4, V5.

TROPONINAS NEGATIVAS.

HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOCIS, SIN NEUTROFILIA

FUNCION RENAL NORMAL.

GLUCOSA NORMAL

RX TORAX NO LESIONES DE VIA AEREA, NO HEMOTORAX, NO NEUMOTORAX

De estos resultados se extrae que, contrario a los criterios diagnósticos enumerados en el clausulado de la póliza, el segmento ST presenta depresión en v3, v4 y v5, más no elevación en dos o más derivaciones. En igual sentido, el resultado de la medición de enzimas cardíacas correspondientes a las troponinas indica que es negativo evidenciando que no existe incremento de las mismas y, de esta forma, la ausencia de infarto al corazón, conclusión que es fácilmente verificable en la página web especializada en medicina “*medline plus*”, la cual indica sobre este aspecto:

“(…) Es un examen que mide los niveles de las proteínas troponina T y troponina I en la sangre. Estas proteínas se secretan cuando el miocardio resulta dañado, como ocurre con un ataque cardíaco. Cuanto más daño se produzca en el corazón, mayor será la cantidad de troponina T e I que habrá en la sangre.

(…) Los niveles de troponina cardíaca están normalmente tan bajos que no se pueden detectar con la mayoría de los exámenes de sangre. Tener niveles de troponina normales 12 horas después de que el dolor torácico haya empezado significa que un ataque cardíaco es poco probable.”³

De esta manera, resulta claro que los padecimientos en salud sufridos por el señor Leonardo Lozano no se circunscriben al amparo denominado “enfermedades graves” pactado dentro de la póliza No. 0500431, pues si observamos cuáles son las afectaciones en salud del demandante según la historia clínica, tenemos que los mismos no corresponden con un diagnóstico respecto de infarto al corazón, por lo que, se reitera, no puede afectarse el amparo solicitado.

De lo anterior se colige que, el demandante no cumplió con la acreditación de la ocurrencia del siniestro conforme a los artículos 1072 y 1077 del Código de Comercio, por ello, no ha surgido la obligación condicional en cabeza de mi procurada resultando totalmente inviable conceder las pretensiones relacionadas en el escrito de la demanda.

Por lo anterior solicito a su despacho declarar probada esta excepción.

³ La información citada puede ser revisada en la dirección web <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007452.htm>.

2. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR A SEGUROS GENERALES SURAMERICANA A PAGAR INTERESES TODA VEZ QUE NO ACAECIÓ EL SINIESTRO Y, POR LO TANTO, NO EXISTE OBLIGACIÓN PENDIENTE DE PAGO A CARGO DE LA ASEGURADORA

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses cuando la parte demandante no ha demostrado fehacientemente la ocurrencia del siniestro. Por lo anterior, mientras se encuentren insatisfechos los dos presupuestos descritos en la ley no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Debe decirse que en este caso el demandante no fue diagnosticado con ninguna de las enfermedades comprendidas dentro del amparo de “enfermedades graves” previsto en la póliza. Es decir, se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación del siniestro, y siendo este un elemento esencial en los términos de los artículos 1072 y 1077 del C.Co para acreditar el derecho a recibir una indemnización por parte del asegurador, debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tal presupuesto no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de Seguros Generales Suramericana S.A. Por lo dicho, salta a la vista que el asegurado no ha acreditado la ocurrencia del siniestro, por ende no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación de las cargas del artículo 1077 del C.Co que se encuentra en cabeza del demandante.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que la indemnización es procedente y que existe obligación por parte de la compañía aseguradora, se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el momento en que se presentó la demanda o se notificó su auto admisorio.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

*“(…) **Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios**, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para **disponer que la eventual causación de***

los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo (...)”⁴

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva, sino que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

“(…) De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños (...)”

Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorias sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.

Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.

En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: “En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria (...)”⁵. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01

Lo anterior deja claro que como a la fecha no se ha demostrado que ocurriera el siniestro, es decir el infarto al corazón supuestamente sufrido el día 31 de mayo de 2023, únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios desde que el demandante efectuó la notificación del auto admisorio de la demanda, o desde que presentó la misma. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

⁵ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

presuntamente pendiente de indemnizar.

Complementando la idea anterior, es necesario señalar que la petición conjunta de intereses e indexación resulta totalmente improcedente pues, aparte de no encontrarse acreditado el siniestro, los intereses ya comprenden un factor propio de indexación, de tal forma que acceder simultáneamente a la indemnización y a la indexación solicitadas, se traduciría acceder dos veces a la misma petición generando de forma injustificada y contraria a derecho un beneficio excesivo para la parte demandante.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

3. EN TODO CASO NO PODRÁ SUPERARSE EL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE VIDA-PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO NO. 0500431

Se propone esta excepción, sin que con ello se esté comprometiendo mi procurada, a fin de manifestar que la obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora sólo surge cuando efectivamente el riesgo amparado en el contrato de seguro acaeció en los términos de su cobertura y no opere ninguna causal legal o convencional de exclusión o inoperancia del mismo. Así las cosas, si hubiere lugar a la responsabilidad de la Compañía, la misma se sujetará a lo consignado al tenor literal la póliza y, por tanto, a las condiciones particulares de la misma, entre ellas, a la suma asegurada, el deducible y las exclusiones que se hayan pactado.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante se limita a la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta:

“(...) ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074 (...)”

La norma antes expuesta es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“(...) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a

costa de la aseguradora, por causa de su realización (...)”⁶.

En orden de lo comentado, las condiciones estipuladas en la póliza de vida No. 0500431, expedida por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., indicarán el límite de su obligación indemnizatoria, en el remoto caso en que se profiera una sentencia en su contra.

Tales condiciones fueron establecidas así en las condiciones particulares del contrato de seguro:

COBERTURAS	NRO. ASEGURADOS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA	954	\$136.636.182.473	\$-6.377.758
Inv., perdida o inutilización por EFG o Accidente	954	\$136.636.182.473	\$-678.745
DOBLE IND. POR MUERTE ACCIDENTAL	954	\$136.636.182.473	\$-1.555.205
ENFERMEDADES GRAVES	938	\$67.195.163.205	\$-2.758.958
GASTOS DE ENTIERRO	954	\$3.339.000.000	\$-6
BONO CANASTA/ EDUCATIVO	954	\$5.724.000.000	\$-11
MUERTE ACCIDENTAL	954	\$138.503.376.391	\$-1.347.686
renta por hospitalización	951	\$142.650.000	\$-258
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	951	\$142.650.000	\$-258
DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL HOMICIDIO	940	\$135.388.021.978	\$-213.958

Conforme al límite del valor asegurado pactado en la póliza para el amparo de enfermedades graves, se observa que existe una diferencia significativa entre el valor reclamado por la parte demandante y el valor máximo el cual se comprometió mi prohijada a reconocer en caso de verificar la configuración del siniestro.

En este punto es preciso recordar que las pretensiones de la demanda persiguen el reconocimiento de la suma de \$107.017.278, no obstante, dicha petición resulta abiertamente injustificada y carente de cualquier sustento probatorio, pues de la carátula de la póliza puede extraerse fácilmente que el valor asegurado para el amparo referido en el escrito petitorio y cuya existencia se discute asciende \$67.195.163, luego, obedeciendo a las condiciones de la póliza plasmadas en su carátula es claro que en caso de una hipotética condena el valor debido a cargo de mi representada no es siquiera equiparable al reclamado por el señor Leonardo Lozano, sino que se limita a lo indicado en el contrato de seguro, es decir, a \$67.195.163.

Ahora bien, debe recordarse que el artículo 1089 del C.Co, norma inmodificable por orden expresa del artículo 1162 del mismo código, prescribe que en ningún caso la indemnización podrá exceder el valor del interés asegurado en el momento del siniestro, por lo tanto, en caso de una hipotética condena, el valor máximo a reconocer equivaldría a \$67.195.163, suma que además no es susceptible de someterse a indexación alguna como lo pretende el demandante, pues corresponde al valor del interés asegurado previamente determinado en el contrato de seguro, no siendo susceptible de modificación pese al paso del tiempo desde la supuesta ocurrencia del siniestro.

Por lo anterior, ruego al despacho que, si eventualmente reconociera indemnizaciones en favor de la parte actora, al momento de decidir sobre las mismas, tenga en cuenta las condiciones pactadas dentro del

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

condicionado de la póliza de seguro que vincula a mi representada al presente proceso.

Solicito declarar la prosperidad de esta excepción

4. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE VIDA No. 0500431

Por medio de la presente, se solicita al despacho que, en caso de que en el curso del proceso se configure alguna exclusión contemplada en las condiciones particulares o generales del contrato de seguro No. 0500431, la declare probada, por cuanto hizo parte del negocio contractual que celebraron las partes.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículos 1056 y 1127 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro No. 0500431 en sus condiciones generales señala una serie de exclusiones, y de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro No. C 0500431 pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

5. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Se propone esta excepción teniendo en cuenta que el artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador debe declarar sinceramente los hechos o condiciones que determinan del estado del riesgo, so pena de que la reticencia al momento de brindar dicha declaración conlleve a la sanción de la nulidad relativa

del contrato de seguro. En este sentido, de verificarse en el curso del proceso la reticencia por parte del asegurado frente a la información de circunstancias que alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, el juez deberá declarar la nulidad relativa del contrato de seguro instrumentalizado en la póliza No. 0500431.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual.

Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación de este fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

Por otra parte, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”⁷. (Subrayado fuera del texto original)*

De esta forma, es claro que si en el transcurso del proceso se llegare a verificar que el asegurado fue reticente al momento de suministrar la información para celebrar el contrato de seguro, y que dicha información hubiera causado que mi representada no celebre dicho contrato o lo hiciera en condiciones más onerosas, el juzgado deberá declarar la configuración de los supuestos previstos en el artículo 1058 del código de comercio y, consecuentemente, deberá declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por lo anterior solicito declarar probada la presente excepción.

6. DISPONIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA

Conforme a lo dispuesto en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que en el evento que para la fecha de la sentencia se ha agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna.

7. EL CONTRATO ES LEY PARA LAS PARTES

Sin que esta excepción constituya aceptación de responsabilidad alguna, es pertinente mencionar que la obligación de la aseguradora sólo nace si efectivamente se realiza el riesgo amparado en la póliza y no se configura ninguna de las causales de exclusión o de inoperancia del contrato de seguro, convencionales o legales. Esto significa que la responsabilidad se predicará cuando el suceso esté concebido en el ámbito de la cobertura del respectivo contrato, según su texto literal y por supuesto la obligación indemnizatoria o de reembolso a cargo de mi representada se limita a la suma asegurada, además de que son aplicables todos los preceptos que para los seguros de vida contiene el estatuto mercantil, que en su Art. 1079 establece que

⁷ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

“(…) El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (…).” Por lo que el Despacho tendrá que resolver la relación sustancial que vincula a mi mandante con este proceso en atención a las condiciones de los aseguramientos por ella expedidos.

Se hace imprescindible destacar que la obligación del asegurador no nace en cuanto no se cumple la condición pactada de la que pende para su surgimiento, condición esa que es la realización del riesgo asegurado o siniestro, o sea que el evento en cuestión efectivamente esté previsto en el amparo otorgado, siempre y cuando no se configure una exclusión de amparo u otra causa convencional o legal que la exonere de responsabilidad, por ende la eventual obligación indemnizatoria está supeditada al contenido de cada póliza, es decir a sus diversas condiciones, al ámbito del amparo, a la definición contractual de su alcance o extensión, a los límites asegurados para cada riesgo tomado, etc.

La póliza utilizada como fundamento contractual de la convocatoria, como cualquier contrato de seguro, se circunscribe a la cobertura expresamente estipulada en sus condiciones, las que determinan el ámbito, extensión o alcance del respectivo amparo, así como sus límites, sumas aseguradas, deducibles (que es la porción que de cualquier siniestro debe asumir la entidad asegurada), las exclusiones de amparo, la vigencia, etc., luego son esas condiciones las que enmarcan la obligación condicional que contrae el asegurador y por eso el Juzgador debe sujetar el pronunciamiento respecto de la relación sustancial, que sirve de base para vincular a mi mandante en esta causa, al contenido de las condiciones de la póliza.

Consecuentemente la posibilidad de que surja responsabilidad de la aseguradora depende rigurosamente de las diversas estipulaciones contractuales, ya que su cobertura exclusivamente se refiere a los riesgos asumidos, según esas condiciones y no a cualquier evento, ni a cualquier riesgo no previsto convencionalmente, o excluido de amparo; por ello, al no haberse demostrado la realización del evento asegurado, inadmisiblemente resultaría que, con fundamento en los hechos que hoy son objeto de litigio, se afecte la póliza vinculada y se le exija a mi mandante pago indemnizatorio alguno.

Ciertamente, su afectación es improcedente en este caso toda vez que, de conformidad con lo ya ampliamente explicado no se cumplen los presupuestos del amparo de enfermedades graves por lo que no se acreditó la ocurrencia del riesgo trasladado a la Compañía. Así entonces, como no se reúnen los requisitos de la responsabilidad en cabeza de la asegurada a la evidencia obrante en el plenario, no se puede predicar responsabilidad en cabeza de la entidad y, consecuentemente de mi representada.

En este orden de ideas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el contrato por el cual se vincula a mi mandante, lo anterior en atención al mandado contenido en el artículo 282 del Código General del Proceso.

V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS MEDIOS DE PRUEBA DE LA DEMANDA

A. INTERVENCIÓN FRENTE A DOCUMENTALES Y TESTIMONIOS

Con el objeto de probar los hechos materia de las excepciones de mérito, nos reservamos el derecho de controvertir las pruebas documentales presentadas al proceso y participar en la práctica de las testimoniales que lleguen a ser decretadas, así como del correspondiente interrogatorio de parte e intervenir en las diligencias de ratificación y otras pruebas solicitadas.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al H Juez, proceder de conformidad.

VI. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR COMPAÑÍA MUNDIAL DE SEGUROS S.A.

1. DOCUMENTALES

- Póliza de seguro de vida plan integral contributivo No. 0500431 y sus condiciones generales.
- Solicitud del seguro de vida Plan Integral Contributivo No. 0500431.
- Historia clínica del señor Leonardo Lozano expedida por la Clínica Imbanaco.
- Derecho de petición enviado al Hospital La Buena Esperanza de Yumbo (V)
- Derecho de petición enviado a la Clínica Imbanaco de la ciudad de Cali (V).

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito ordenar y hacer comparecer a su despacho al demandante Leonardo Lozano Lozano, para que en audiencia absuelva las preguntas que le formularé relacionadas con los hechos de la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

En virtud de lo establecido en el artículo 165 y 198 del Código General del Proceso, solicito se decrete la declaración de parte del Representante Legal de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, para que en audiencia pública absuelva el interrogatorio que verbalmente o mediante cuestionario escrito le formularé sobre los hechos de la demanda y las excepciones formuladas. El representante legal podrá ser citado en la Carrera 63 No. 49ª-31, piso 1 en la ciudad de Medellín. Dirección de correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

4. TESTIMONIALES

- -Respetuosamente me permito solicitar que se decrete el testimonio de la doctora **DARLYN**

MARCELA MUÑOZ NIEVES, identificada con la cédula de ciudadanía 1.061.751.492 de Popayán, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán, y puede ser citada en la Carrera 2 Bis No. 4-16, o en la dirección electrónica darlingmarcela1@gmail.com cuyo objeto de prueba del testimonio será declarar sobre las características la Póliza vinculada al proceso, sobre la ausencia de cobertura material y exclusiones, y sobre los hechos objetos de litigio; los límites a los valores asegurados, el deducible, la cobertura temporal de la póliza y sobre los demás aspectos relevantes sobre el particular.

- -Respetuosamente me permito solicitar que se decrete el testimonio del doctor **EDUARDO QUINTERO ARAUJO**, médico general con registro médico No.1087749477, quien puede ser contactado en la dirección del Hospital La Buena Esperanza, Carrera 6 con Calle 10 esquina, en la ciudad de Yumbo (Valle) y dirección electrónica ventanillaunica@hospitaldeyumbo.gov.co, cuyo objeto de la prueba es explicar la atención brindada y posterior diagnóstico del señor Leonardo Lozano Lozano conforme a la historia clínica del 31 de mayo de 2023.
- Respetuosamente me permito solicitar que se decrete el testimonio del doctor **JUAN FELIPE SANJUAN MARTIN**, médico cirujano con tarjeta profesional No. 1144033495, quien puede ser contactado en la dirección de la Clínica Imbanaco, Carrera 38 Bis No. 5B2-04, sede principal 2, en la ciudad de Cali (Valle) y dirección electrónica vozdelusuario.imb@quironsalud.com, cuyo objeto de la prueba es explicar la atención brindada y posterior diagnóstico del señor Leonardo Lozano Lozano conforme a la historia clínica del 2 de junio de 2023.

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en distintas ciudades del país.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar al accionante LEONARDO LOZANO LOZANO y quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:
- Historia clínica completa del señor Leonardo Lozano Lozano desde el año 2020 al 2024.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que el señor Lozano sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida de Grupo Plan Vida Integral Contributivo, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

6. OFICIOS

- Comedidamente ruego se oficie a **HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor Leonardo Lozano, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.453.269 correspondiente al periodo que va desde el año 2020 al 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Leonardo Lozano, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.453.269 sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula en caso de que la entidad de salud no dé respuesta al Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA puede ser notificado al correo electrónico ventanilla.unica@hospitaldeyumbo.gov.co

- Comedidamente ruego se oficie a **LA CLÍNICA IMBANACO**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor Leonardo Lozano, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.453.269 correspondiente al periodo que va desde el año 2020 al 2024.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Leonardo Lozano, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.453.269 sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula en caso de que la entidad de salud no dé respuesta al Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

LA CLÍNICA IMBANACO puede ser notificada al correo electrónico vozdelusuario.imb@quironsalud.com

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tendrá como finalidad corroborar que, de haber conocido patologías del demandante no declaradas con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, la Compañía Aseguradora se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que habría omitido informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos del Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular los contratos de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, 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 en el ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente tramite la Historia Clínica del asegurado. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS

1. Poder especial otorgado al suscrito por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
3. Las demás relacionadas en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

La parte demandante, en el lugar indicado en el escrito demandatorio.

Mi representada, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. en la Carrera 63 No. 49ª-31, piso 1 en la ciudad de Medellín. Dirección de correo electrónico notificacionesjudiciales@suramericana.com.co.

El suscrito recibirá notificaciones en la secretaria de su despacho o en la Avenida 6ª Bis No.35N-100 Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA

C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.