

Su ref. 68001400300420210051300

Nuestra ref. 1052317

# Kennedys

---

Kennedys Colombia S.A.S.  
Av. Carrera 9 No. 115-06 Of. 2802.  
Edificio Tierra Firme  
Bogotá D.C.  
Colombia

---

+57 1 390 5888

---

[kennedyslaw.com](http://kennedyslaw.com)

---

Monica.Tocarruncho@kennedyslaw.com  
Catalina.Botero@kennedyslaw.com  
Alejandra.Diaz@kennedyslaw.com

---

Honorable  
**JUZGADO 4 CIVIL MUNICIPAL DE BUCARAMANGA**  
Vía e-mail:  
[j04cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j04cmbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co)  
E.S.D

<b>Expediente:</b>	68001400300420210051300
<b>Proceso:</b>	Verbal
<b>Demandante:</b>	Ricardo Antonio Lizarazo Almeida
<b>Demandado:</b>	Metlife Colombia Seguros de Vida S.A
<b>Asunto:</b>	Contestación demanda

**CATALINA BOTERO ARANGO**, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.746.988 de Bogotá D.C. y tarjeta profesional No. 231.852 del C.S de la J., actuando en mi calidad de apoderada especial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial domiciliada en Bogotá D.C., Colombia e identificada con el NIT 860.002.398-5, conforme al poder que apporto, por medio de este escrito procedo a **CONTESTAR** la demanda presentada por Ricardo Antonio Lizarazo Almeida en contra de mi representada.

El mencionado acto procesal es presentado en los siguientes términos:

## I. OPORTUNIDAD

El Juzgado 4 Civil Municipal de Bucaramanga (el “Juzgado”) mediante providencia del 3 de septiembre de 2021, admitió la demanda presentada por Ricardo Antonio Lizarazo Almeida (el “Demandante”) en contra Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. (“Metlife”).

En la citada providencia, se dispuso que para efectos de la notificación y traslado se aplicaría lo previsto en el artículo 8 del Decreto 806 de 2020, así:

---

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

Kennedys Law LLP is a limited liability partnership registered in England and Wales (with registered number OC353214).

*Kennedys offices, associations and cooperations:—* Argentina, Australia, Belgium, Bermuda, Brazil, Canada, Chile, China, Colombia, Denmark, Dominican Republic, England and Wales, France, Guatemala, Hong Kong, India, Ireland, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Northern Ireland, Norway, Oman, Pakistan, Panama, Peru, Poland, Portugal, Puerto Rico, Russian Federation, Scotland, Singapore, Spain, Sweden, Thailand, United Arab Emirates, United States of America.

---

*A list of Partners is available for inspection at our registered office at 25 Fenchurch Avenue, London EC3M 5AD. Kennedys Law LLP is authorised and regulated by the Solicitors Regulation Authority.— We use the word ‘Partner’ to refer to a member of Kennedys Law LLP, or an employee or consultant who is a lawyer with equivalent standing and qualifications.*

---

**“TERCERO: NOTIFÍQUESE esta providencia a la parte demandada, conforme a lo dispuesto en el artículo 290 del C.G.P., en concordancia con los artículos 291 y 292 Ibídem del C.G.P, y en el evento de conocer dirección electrónica tal como lo dispone el artículo 08 del Decreto 806 del 04 de junio de 2020, quien podrá proponer excepciones dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la notificación personal. ADVIERTASELE a la parte demandada que la notificación personal realizada según las voces del artículo 8 del Decreto 806 de 2020, se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a correr a partir del día siguiente al de la notificación”.** (Se destaca)

Mediante Auto de 24 de noviembre de 2021, notificado en estado No. 196 de 25 de noviembre de 2021, el Juzgado señaló:

*“En atención al memorial que antecede dentro del proceso de la referencia, encuentra el despacho que no es posible tener en cuenta las constancia de notificación hechas a la parte demandada METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA, pues una vez revisadas, se echa de menos el envío de la citación para la notificación personal, siempre que la comunicación allegada al despacho mediante mensaje de datos de fecha 13 de octubre de 2021, NO corresponde a la modalidad de notificación en un solo paso contemplado en el Decreto 806 de 2020.*

*No obstante, lo anterior, visto el escrito allegado por la parte demandada METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA de conformidad con lo previsto en el art. 301 del C.G.P. inciso segundo, téngase notificados por conducta concluyente a los mismos del auto proferido el 03 de septiembre de 2021, que admitió la demanda. Así mismo, visto los poderes allegados por la demandada METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA procede el despacho a RECONOCER personería a la Dra. CATALINA BOTERO ARANGO, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.020.746.988 y Tarjeta Profesional No. 231.852 del CSJ, como apoderado de los demandados, en los términos del poder que le fue conferido.*

**En ese sentido, la demandada se entenderá notificada, al día siguiente de la publicación en estados del presente auto, a quien se le remitirá copia del expediente a la apoderada de la demandada, a quien se le dará el termino de traslado con miras a que si desea ampliar los medios asertivos presentados en precedencia (...)”** (Se destaca)

De conformidad con lo anterior, la notificación de Metlife se perfeccionó el 26 de noviembre de 2021 y el término de 20 días, teniendo en cuenta la vacancia judicial - de conformidad con los artículos 64 y 368 del Código General del Proceso (“CGP”) - comenzó a correr el 29 de noviembre de 2021, por lo tanto, el término de traslado vencerá el 19 de enero de 2022.

Así las cosas, este escrito es presentado en forma oportuna ante el Despacho.

## II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me **opongo** a todas y cada una las pretensiones que han sido formuladas en este proceso judicial por la parte demandante frente a Metlife. Estas deberán ser negadas en su integridad y el demandante, en consecuencia, deberá ser condenado en costas.

### III. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, procedo a dar contestación a los hechos de la demanda en el mismo orden en que fueron planteados, así:

1. Frente al hecho PRIMERO: El presente numeral contiene diversas afirmaciones, razón por la cual pasaré a pronunciarme de forma separada frente a cada una de ellas:

- (a) **Es cierto** que el demandante es asegurado bajo la Póliza No. 2005654 (la “Póliza”) expedida el 7 de julio de 2015 por Metlife.
- (b) **No es cierto** que el intermediario de la Póliza corresponda al Banco Falabella S.A. De acuerdo con el material probatorio obrante en el expediente, es posible apreciar que la Póliza en mención fue comercializada por Agencia de Seguros Falabella Ltda.:

MetLife		SOLICITUD DE SEGURO CAMPAÑA VIDA		SOPORTE DE VENTA				
RAZÓN SOCIAL DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:		METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.		NIT: 860002398				
FECHA DE EXPEDICIÓN:	07-07-2015	N° PROPUESTA:	7434057	SubProducto:	VMECVA	CERTIFICADO DE:	0	
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA.		NIT:	9000740899				
DIRECCIÓN:	Av. 19 # 120 - 71 Pao 2		TELÉFONO 1:	8678787				
			CIUDAD:	Bogotá				
TOMADOR:	BANCO FALABELLA S.A.		NIT:	9000479818				
DIRECCIÓN:	Av. 19 # 120 - 71 Pao 3		TELÉFONO 1:	8678787				
			CIUDAD:	Bogotá				
VIGENCIA								
DESDE:	DIA	07	MES	07	AÑO	2015	HORA	00:00
HASTA:	DIA	07	MES	07	AÑO	2017	HORA	00:00
DATOS DEL ASEGURADO								
ASEGURADO 1:	RICARDO ANTONIO LIZARAZO ALMEIDA		TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula Ciudadana		NUMERO:	81225197	

- (c) Se informa que las condiciones aplicables a este producto se encuentran en la página web de la aseguradora, en donde pueden ser consultadas por los asegurados.

2. Frente al hecho SEGUNDO: El presente numeral contiene diversas afirmaciones, razón por la cual pasaré a pronunciarme de forma separada frente a cada una de ellas:

- (a) **Es cierto** que la Póliza No. 2005654 inició su vigencia el 15 de julio de 2015 y que bajo la misma se otorgó el amparo de Enfermedades Graves.
- (b) **No es cierto** que el valor asegurado para el amparo de Enfermedades Graves corresponda a \$29.472.400. Para la fecha de expedición de la Póliza el valor

asegurado de esta cobertura era de \$25.000.000, tal y como se evidencia en la carátula de la Póliza, cuya parte pertinente me permito transcribir:

COBERTURAS			
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	:\$50.000.000.-	MUERTE ACCIDENTAL	:\$50.000.000.-
ITP POR CUALQUIER CAUSA	:\$50.000.000.-	<b>ANTICIPIO ENFERMEDADES GRAVES</b>	<b>:\$25.000.000.-</b>
AUX. FUNERARIO MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	:\$2.500.000.-	RENDA DIARIA POR HOSP. POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD	:\$50.000.-
RENDA MENSUAL POR GASTOS HOGAR POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (12MESES)	:\$300.000.-	RENDA MENSUAL POR GASTOS HOGAR POR ITP POR CUALQUIER CAUSA (12 MESES)	:\$300.000.-
ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EMERGENCIA	:INCLUIDA		

Se aclara que el valor asegurado que se indica en el presente numeral, es decir, \$29.472.400, corresponde al valor asegurado de la Póliza para su última vigencia.

- (c) Se informa que las condiciones aplicables a este producto se encuentran en la página web de la aseguradora, en donde pueden ser consultadas por los asegurados.

**3. Frente al hecho TERCERO: Es cierto**

Es cierto que el demandante pagó la prima del seguro de vida contratado en la forma y en los tiempos convenidos con Metlife..

**4. Frente al hecho CUARTO: No le consta a mi representada**

Metlife desconoce las afirmaciones relacionadas en este hecho, todas ellas relacionadas con el diagnóstico por el cual se presentó solicitud de indemnización por parte del señor Ricardo Antonio Lizarazo. Al respecto, mi representada se atiene a lo que resulte probado en este proceso.

**5. Frente al hecho QUINTO: El presente numeral contiene diversas afirmaciones, razón por la cual pasaré a pronunciarme de forma separada frente a cada una de ellas:**

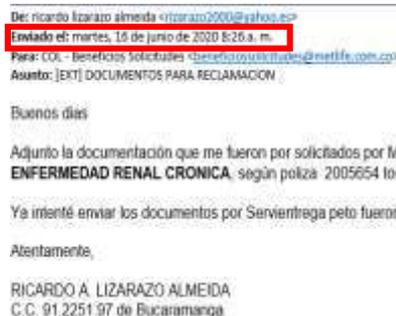
- (a) Es cierto que el 9 de enero de 2020 se recibió una comunicación por parte del señor Ricardo Antonio Lizarazo.
- (b) Se aclara que la comunicación a la que se hace referencia en el presente numeral no puede ser considerada como una reclamación formal de acuerdo con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio. La comunicación sólo constituyó un aviso al asegurador.
- (c) Al respecto, debe destacarse que con dicha comunicación no se remitió prueba de la ocurrencia del siniestro; la documentación con la cual se pretende acreditar el siniestro sólo se remitió con la solicitud por parte de la aseguradora de la Historia Clínica en la cual se evidenciara el diagnóstico por el cual se pretendía afectar la cobertura de Enfermedades Graves.

Prueba de lo dicho, es el correo con el cual se dio aviso, con el cual no se adjuntó la Historia Clínica del asegurado, sino únicamente el formato suministrado por la aseguradora para colocar aspectos relevantes de la reclamación, así como un archivo en Excel.

- (d) **Es cierto** que el 13 de enero de 2020 mi representada emitió una comunicación en la que confirmaba que había recibido aviso de siniestro por virtud del cual se solicitaba afectar la cobertura de Enfermedades Graves y además, solicitaba entre otros documentos, la Historia Clínica completa del asegurado.

En este punto es importante indicar que en la comunicación del 13 de enero de 2020 se señaló de manera expresa que dicho documento no implicaba *“que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio”*.

- (e) **No es cierto** que los documentos solicitados por la aseguradora en la comunicación del 13 de enero de 2020 fueran remitidos por el asegurado el 27 de mayo de 2020. Lo anterior, en atención a que los mismo solo fueron radicados hasta el 16 de junio de 2020, tal y como se evidencia en la siguiente imagen:



De: ricardo lizarazo almeida <rlizarazo000@yahoo.es>  
Enviado el: martes, 16 de junio de 2020 8:26 a. m.  
Para: COL - Beneficios Solicitables <beneficioscol@metlife.com.co>  
Asunto: [EXT] DOCUMENTOS PARA RECLAMACION

Buenos días

Adjunto la documentación que me fueron por solicitados por METLIFE una vez envíe el documento SARLAFT, para mi reclamación 18601766 por diagnóstico de ENFERMEDAD RENAL CRONICA, según póliza 2005654 tomada con Falabella.

Ya intenté enviar los documentos por Servientrega pero fueron devueltos en dos ocasiones porque esa empresa no estaba recibiendo.

Atentamente,

RICARDO A. LIZARAZO ALMEIDA  
C.C. 91.2251.97 de Bucaramanga

6. Frente al hecho SEXTO: Es cierto

7. Frente al hecho SÉPTIMO: Es cierto y aclaro

**Es cierto** que el demandante radicó solicitud de reconsideración a la objeción emitida por Metlife, mediante correo electrónico recibido el 1 de julio de 2020. Adicionalmente, también **es cierto** que dicha reconsideración no fue resuelta de manera favorable al demandante.

Sobre el particular, se informa que tanto la objeción como la respuesta a la reconsideración no fue favorable al asegurado, toda vez que éste último no cumple los requisitos establecidos en la Póliza No. 2005654 para reclamar la cobertura de Enfermedades Graves.

8. **Frente al hecho OCTAVO:** El presente numeral contiene diversas afirmaciones, razón por la cual pasaré a pronunciarme de forma separada frente a cada una de ellas:

- (a) **Es cierto** que con la solicitud de reconsideración presentada por el demandante a Metlife, también se solicitó copia de la Póliza No. 2005654 junto con el condicionado aplicable a la misma.
- (b) **No es cierto** que los documentos relacionados con la Póliza no se hayan puesto en conocimiento del demandante, pues el encargado de la comercialización del seguro está en el deber de presentar estos documentos al asegurado.

En todo caso, se informa que las condiciones aplicables a este producto se encuentran en la página web de la aseguradora, en donde pueden ser consultadas por los asegurados.

- (c) **Es cierto** que Metlife atendió la solicitud presentada por el demandante y, mediante comunicación remitida el 17 de julio de 2020 remitió la Póliza, así como el condicionado de la misma.
- (d) Adicionalmente, los literales b y c del artículo 6 de la Ley 1328 de 2009 consagran una carga en cabeza de los Asegurados de informarse y revisar las condiciones del contrato celebrado.

9. **Frente al hecho NOVENO: No es un hecho**

Este punto **no corresponde a un hecho**. Se trata de apreciaciones subjetivas y/o jurídicas sobre un supuesto incumplimiento por parte de mi representada, el cual **no es cierto**.

10. **Frente al hecho DÉCIMO: No es un hecho**

Este punto **no corresponde a un hecho**. Se trata de apreciaciones subjetivas respecto de la supuesta obligación de mi representada respecto al pago del valor asegurado para el amparo de la cobertura de Enfermedades Graves.

En todo caso, tal como se expone en la carta de objeción, en el presente caso mi representada no se encuentra obligada a efectuar el pago del amparo solicitado, al no haberse cumplido con las condiciones para ello.

11. **Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO:** El presente numeral contiene diversas afirmaciones, razón por la cual pasaré a pronunciarme de forma separada frente a cada una de ellas:

- (a) **Es cierto** que Metlife no ha efectuado el pago del valor asegurado correspondiente al amparo de Enfermedades Graves, pues como se indicó

anteriormente, mi representada no se encuentra obligada a efectuar dicho pago en la medida en que el asegurado no cumple los requisitos establecidos en el condicionado de la Póliza para afectar dicha cobertura, esto es, que la enfermedad necesite “*regularmente diálisis renal o un trasplante de riñón*”, de acuerdo con lo dispuesto en la condición cuarta del mencionado condicionado:

**4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.**

- (b) La afirmación según la cual mi representada está en la obligación de realizar el pago **no es un hecho**. Se trata de una apreciación jurídica de la parte demandante, la cual en todo caso carece de sustento.

## 12. Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: Es cierto

Si bien en estricto sentido no se trata de un hecho sino del cumplimiento del requisito de procedibilidad, lo manifestado en este numeral **es cierto**.

### IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

Propongo las siguientes excepciones de mérito frente a las pretensiones de la parte demandante:

#### 1 AUSENCIA DE COBERTURA

Al contrato de seguro le son aplicables una serie de pautas de interpretación que han sido precisadas por la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y que se resumen a continuación, pues conforme a ellas habrá que evaluarse el riesgo asegurado bajo la Póliza emitidas por Metlife.

##### 1.1 El contrato de seguro es de interpretación restrictiva

La jurisprudencia ha sido reiterada en señalar que la interpretación de los contratos de seguro es restrictiva, por lo que el Juez y las partes deben ceñirse a lo que se señala en la póliza. Entre otras, así lo señala la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia de 19 de octubre de 2020 al indicar:

**“(…) 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 (...).”<sup>1</sup>*  
(Se destaca)

De acuerdo con lo anterior, en el presente caso no existe cobertura por cuanto las condiciones de la Póliza son claras en señalar que para que se active el amparo de Enfermedades Graves por insuficiencia renal, es necesario que se requiera de diálisis de forma regular o un trasplante de riñón. En caso de que el paciente requiera de diálisis es preciso que un nefrólogo certifique dicha necesidad. Así lo señala la Póliza:

**4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.**

Atendiendo a lo anterior, toda vez que en el presente caso no existe una certificación de un nefrólogo en la que conste que el Demandante requiere diálisis de manera regular no se cumplen con los requisitos establecidos en la Póliza para que se active el amparo correspondiente.

## 1.2 La interpretación debe acatar el riesgo asegurado en el contrato

La interpretación de los contratos de seguro se basa esencialmente en los textos de las condiciones y es de naturaleza restrictiva, por lo que no es dable extender su ámbito, ni emplear la analogía.

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de octubre de 2020. M.P. Luis Alonso Rico Puerta, Rad. 11001310303220150082601

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil en sentencia de 2 de julio de 2014, afirmó:

*“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 sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....» (CSJ SC, 23 May. 1988).”<sup>2</sup> (Se destaca)*

En el mismo sentido la sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, de 24 de mayo de 2005, precisó:

*“Como se historió en providencia del 29 de enero de 1998 (exp. 4894), de antaño, la doctrina de esta 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’.”<sup>3</sup> (Se destaca)*

Así las cosas, se pone de presente que en el caso bajo estudio no existe una certificación de un nefrólogo en la que conste que el Demandante requiere diálisis de manera regular, y en este sentido, no se cumplen con los requisitos establecidos en la Póliza para que se active el amparo correspondiente.

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 2 de julio de 2014. M.P. Ariel Salazar Ramírez, Rad. 76001310301320020009801 (SC8435-2014)

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 24 de mayo de 2005. M.P. Pedro Octavio Munar Cadena, Exp. 7495

### 1.3 Prevalen las cláusulas que reflejen la voluntad real de las partes

La Corte ha Suprema de Justicia ha establecido que los contratos en general y el contrato de seguro en particular, han de interpretarse atendiendo la real voluntad de las partes.

Así, en sentencia de 19 de diciembre de 2008 de la Sala de Casación Civil, se puntualizó lo siguiente:

*“Al respecto debe reiterarse también, como está suficientemente decantado, que en el derecho privado nacional en materia de interpretación contractual rige el principio básico según el cual ‘conocida claramente la intención de los contratantes, debe estarse a ella más que a lo literal de las palabras’ (artículo 1618 del Código Civil). Desde antiguo, la jurisprudencia y la doctrina han señalado que este principio es el fundamental dentro de la labor interpretativa, al lado del cual los demás criterios y reglas establecidos en el Código Civil toman un carácter subsidiario, instrumental o de apoyo, en la labor de fijación del contenido contractual. Se ha indicado, igualmente, como ya se anotó, que la búsqueda de la común intención de los contratantes no está condicionada a que la manifestación sea oscura o ambigua, toda vez que la citada labor será igualmente indispensable si, a pesar de la claridad en la expresión literal de las estipulaciones, existe una voluntad común diferente y esta es conocida”<sup>4</sup>. (Se destaca)*

En el caso que nos ocupa, la aplicación de la jurisprudencia reseñada resulta fundamental, en la medida en que el Demandante pretende, que se afecte el amparo de Enfermedades Graves cuando no se cumplen los requisitos expresamente pactados en la Póliza contratada.

No hay duda alguna que la voluntad del demandante y de Metlife al celebrar el contrato de seguro instrumentado en la Póliza fue limitar el alcance de las enfermedades cubiertas al definir en la cláusula 4 tanto las enfermedades como el alcance y condiciones de las mismas para que se entiendan amparadas. El Demandante no puede ahora desconocer el principio de la buena fe contractual, previsto en el artículo 871 del Código de Comercio.

### 1.4 El contrato debe ser interpretado de manera sistemática

El artículo 1622 del Código Civil contiene la siguiente regla de interpretación de los contratos:

---

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de diciembre de 2008. M.P. Arturo Solarte Rodríguez, Rad. 11001310301220000007501.

*“ARTICULO 1622. INTERPRETACIONES SISTEMÁTICA, POR COMPARACIÓN Y POR APLICACIÓN PRÁCTICA. Las cláusulas de un contrato se interpretarán unas por otras, dándosele a cada una el sentido que mejor convenga al contrato en su totalidad”*

La interpretación sistemática indica que las cláusulas de los contratos se interpretan unas por otras, en relación con lo cual la sentencia de 19 de diciembre de 2008 de la Sala de Casación Civil, Ponente Dr. Arturo Solarte Rodríguez, ref. 11001-3103-012-2000-00075-01, en la cual se examinó un asunto relativo a un contrato de seguro, señaló:

*“Es claro, entonces, que las diversas estipulaciones de un negocio jurídico no pueden considerarse como expresiones aisladas o insulares para efectos de determinar la intención común de los contratantes, pues el contrato todo es un conjunto de disposiciones que tiene como propósito la realización de la finalidad práctica querida por ellos y es claro que tal finalidad o propósito no se realiza con una sola disposición convencional. Lo anterior, por cuanto, por regla general, ‘una convención constituye un todo indivisible, y hay que tomarla en su totalidad para conocer también por entero la intención de las partes. No pueden tomarse aisladamente sus cláusulas porque se ligan unas a otras y se encadenan entre sí limitando o ampliando el sentido que aisladamente pudiera corresponderles, explicándose recíprocamente. En consecuencia, para penetrar el sentido de cada una de las cláusulas, es indispensable examinarlas todas’ (Claro Solar, Luis. Explicaciones de Derecho Civil Chileno y Comparado. De las Obligaciones. Volumen VI. Pág. 26. Editorial Jurídica de Chile. Santiago de Chile. 1979)”. (Se destaca)*

La regla reseñada es útil en el caso concreto porque permite corroborar la intención de las partes de limitar el alcance de la cobertura de Enfermedades Graves al estipular y definir expresamente cada una de las enfermedades y los requisitos o condiciones de cada una de ellas.

En el caso de insuficiencia renal crónica se señaló:

NÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

**4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

### 1.5 El caso concreto

El presente litigio tiene origen en un contrato de seguro, el cual pertenece a la categoría de contratos privados y, en consecuencia, está regido por las normas y principios establecidos en el Código de Comercio y por las condiciones que expresamente indicadas en el texto de la Póliza.

De acuerdo con lo anterior, establece el artículo 1056 del Código de Comercio que “[c]on 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”, norma en virtud de la cual Metlife expidió la Póliza estableciendo las coberturas que asumiría, como se observa en la carátula de la Póliza cuyo aparte pertinente se copia a continuación:

Póliza Reajustable de Seguro de Vida Grupo		
<b>BASES OIL CONTRATO</b>		
Tomador: BANCO FALABELLA S.A. El tomador actúa en nombre propio.	Póliza No.: 2020554 Nit e C.C.: 000047981	Certificado No.: 2418
Plan de Seguro: VIDA FALABELLA JUNIO 2015		
Fecha de Vigencia de la Póliza	Comenzando: 2015-07-07 Terminando: 2021-07-07	Hora Oficial: 00:00 Hora Oficial: 00:00
Asegurado Principal: RICARDO ANTONIO LIZARAZO ALMEIDA	Edad: 58	Nit e C.C.: 91225197
Beneficiarios Primarios: 100.00% DORIS EVILA SANCHEZ RUIZ		
Beneficiarios Contingentes:		
<b>COBERTURAS, SUMA ASEGURADA Y PRIMAS DE LA PÓLIZA</b>		
Coberturas y Cantos Adicionales	Valor Asegurado Póliza	Prima Anual Póliza
VIDA	\$58,044,816.00	\$0.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$58,044,816.00	\$0.00
DOBLE INDEMNIZACIÓN	\$58,044,816.00	\$0.00
GASTOS FUNERARIOS PÓLIZA VIDA	\$2,947,240.00	\$0.00
ENFERMEDADES GRAVES	\$29,472,400.00	\$0.00
PLAN CANASTA POR FALLECIMIENTO	\$3,536,688.00	\$0.00
PLAN CANASTA POR ITP	\$58,048.00	\$0.00
RENTA DIARIA HOSPITALARIA	\$99,788.00	\$0.00
DENTAL	\$1.00	\$0.00
<b>PRIMA TOTAL ANUALIZADA</b>		\$0.00
Forma de Pago: BANCO FALABELLA AGR	Tipo de Administración:	

Además, en el clausulado aplicable a la Póliza, se establecieron los requisitos o la definición de la cobertura:

## Póliza de Accidentes Personales Enfermedades Graves

CÓDIGO: 21112012-1413-P-31-APABENGR044

**METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN CELEBRAR, EL CONTRATO DE SEGURO DEFINIDO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

### CONDICIÓN PRIMERA

#### Amparo básico

**LA COMPAÑÍA** DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES 3, 4 Y 5 DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO O A ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS GENERADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, SI SE CUMPLEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.1. QUE AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE, IMPREVISTAMENTE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE FIGUREN COMO ASEGURABLES, DESCRITAS EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.2. EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. **LA COMPAÑÍA** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ACEPTAR, RECHAZAR O EMITIR CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. LA SEGUNDA OPINIÓN SERÁ SOLICITADA DE COMÚN ACUERDO A UN MÉDICO DE LA RED MÉDICA DE **LA COMPAÑÍA** U OTRO PROFESIONAL MÉDICO RECONOCIDO EN LA ESPECIALIDAD.
- 1.3. QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES GRAVES ASEGURABLES BAJO LA PÓLIZA.
- 1.4. QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO LA PRESENTE PÓLIZA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR AL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "PERÍODO DE ESPERA" O DE CARENCIA. EL PERÍODO DE ESPERA O DE CARENCIA SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO SEGÚN LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA, EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS.
- 1.5. QUE NO SEA APLICABLE ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.6. QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA A LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO, MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL SEGURO.

SI EN CASO DE ALGUNA RECLAMACIÓN, SE CUMPLEN TODOS ESTOS REQUISITOS MENOS EL NUMERAL 1.4, **LA COMPAÑÍA**, DEVOLVERÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA, TODAS LAS PRIMAS PAGADAS POR EL MISMO DURANTE LA VIGENCIA AFECTADA Y NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN INDICADA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

Adicionalmente, también se definieron y se establecieron las condiciones específicas que debían cumplirse para que una enfermedad fuera considerada como Enfermedad Grave en los términos de la Póliza:

## CONDICIÓN CUARTA

### Definiciones de enfermedades cubiertas

**4.1. ENFERMEDADES GRAVES:** DONDE QUIERA QUE SE USE ESTE TÉRMINO, SIGNIFICA EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ADELANTE DEFINIDAS.

**4.2. CÁNCER:** CONSISTE EN LA PRESENCIA DE UNO O MÁS TUMORES MALIGNOS CARACTERIZADO POR UN CRECIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS INCONTROLABLE E INVASIVO, QUE PUEDE LLEGAR A COMPROMETER OTROS TEJIDOS ADYACENTES O DISTANTES DEL CUERPO. INCLUYE LA LEUCEMIA, LA ENFERMEDAD DE HODKING Y EL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBERÁ BASARSE EN EL RESULTADO HISTOLÓGICO POSITIVO PARA CÁNCER, CON EL RECURSO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA PRACTICADO POR UN LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Y ESPECIALIZADO. ESTOS RESULTADOS DEBERÁN PONERSE A DISPOSICIÓN DE LA COMPAÑÍA.

LOS SIGUIENTES CÁNCERES NO ESTÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:

**4.2.1. CÁNCER DE LA PIEL QUE NO SEA MELANOMA MALIGNO.** SIN EMBARGO, LOS MELANOMAS CON ESPESOR MENOR DE 1.5 MM. DETERMINADO POR EXÁMEN HISTOLÓGICO, O CUANDO LA INVASIÓN SEA MENOR DEL NIVEL 3 DE CLARK, NO TENDRAN AMPARO.

**4.2.2. TUMORES QUE SE PRESENTEN EN ESTADO IN SITU.** LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES NCI-1, NCI-2, Y NCI-3, LESIONES INTRAEPITELIALES, DISPLASIAS

CERVICALES, Y AQUELLAS LESIONES CONSIDERADAS POR COMPROBACION HISTOLÓGICA COMO PREMALIGNOS O TUMORES BENIGNOS.

**4.2.3. TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL.**

**4.2.4. TODOS LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS O ESPINOCELULARES DE LA PIEL, EXCEPTO CUANDO SE ENCUENTRE EN ESTADO DISEMINACIÓN HACIA OTROS ÓRGANOS.**

**4.2.5. EL CARCINOMA DE KAPOSI Y TODO TUMOR RELACIONADO CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA.**

**4.2.6. LOS CÁNCERES DE LA PRÓSTATA QUE POR HISTOLOGÍA PERTENEZCAN A LA ETAPA T1 (INCLUYENDO T1 (A) T1 (B) DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM, O DE CUALQUIER OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.**

**4.2.7. SE EXCLUYE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.**

**4.3. INFARTO DEL MIOCARDIO:** ES LA NECROSIS O MUERTE CELULAR DE UNA ZONA DEL MÚSCULO CARDIACO, OCASIONADO POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ BASARSE TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

**4.3.1. HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO.**

**4.3.2. ALTERACIÓN AGUDA EN EL TRAZADO ELÉCTRICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.**

MetLife

15

**4.3.3. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDIACAS, (CK Y CK-MB) O PROTEÍNAS MIOCARDICAS (TROPONINA T).**

**4.3.4. ESTUDIO DE RADIOISÓTOPOS DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN.**

**4.4. EVENTO CEREBROVASCULAR:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, EL EVENTO CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO-VASCULAR QUE PRODUZCA TRASTORNOS NEUROLÓGICOS MOTORES Y SENSITIVOS QUE SE MANIFIESTEN Y DUREN POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SUS SECUÉLAS PERMANEZCAN COMO MÍNIMO, 6 SEMANAS. DEBE EXISTIR NECROSIS DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA NO RELACIONADOS CON ACCIDENTES TRAUMÁTICOS VIOLENTOS POR IMPACTO EXTERNO. LO ANTERIOR DEBE COMPROBARSE CON PRUEBAS MÉDICAS QUE DEMUESTREN DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

ANTES DE LAS (6) SEMANAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DEL EVENTO CEREBRO-VASCULAR, NO SE ACEPTAN RECLAMACIONES. DE LA MISMA MANERA, LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLÓGIA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAG-

NÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

**4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RÍÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

**4.6. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA:** SE ENTIENDE COMO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO LLEVADA A CABO PARA LA RECUPERACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO EN LAS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO. DEBE SER PRODUCTO DE LA NECESIDAD EVIDENTE DE CORREGIR OCLUSIONES PERMANENTES EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, RESPALDADO POR LOS RESULTADOS PROVENIENTES DE LA PRACTICA DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA. LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y EL RESULTADO DE LA MISMA JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, DEBERÁ PONERSE A DISPOSICIÓN DE LA COMPAÑÍA.

Es preciso indicar que las condiciones generales de la Póliza están publicadas en la página web de la aseguradora y pueden ser consultadas por los tomadores y/o asegurados, incluso desde antes de contratar el seguro.

Adicionalmente, el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009 consagra un catálogo de prácticas que deben adoptar los consumidores financieros y de seguros. La mayoría de estas prácticas deben ser desarrolladas en el periodo precontractual. Entre estas buenas prácticas el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009 establece en las letras b) y d):

*“b) Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.”*

(...)

*d) Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos”.*

La Superintendencia Financiera actuando como juez de instancia por intermedio de su Delegatura para Funciones Jurisdiccionales ha catalogado estas “prácticas de protección” como un deber en cabeza del consumidor financiero<sup>5</sup>. Es una carga mínima de diligencia a cargo de cualquier contratante de conocer el alcance del contrato que celebra.

No es posible restarle importancia a las cargas de informarse que pesan sobre los consumidores. Desconocer estas prácticas trae consigo la imposibilidad de ejercer los derechos contractuales previstos a su favor y conocer el alcance de sus deberes y obligaciones. En suma, las que podríamos denominar cargas de informarse son gravámenes que pesan sobre el tomador y su incumplimiento apareja perjuicios al consumidor quien no puede valerse en su propio incumplimiento para desconocer los términos y condiciones del contrato celebrado.

Ahora bien, en el caso bajo estudio el 16 de junio de 2020 el asegurado remitió mediante correo electrónico los documentos solicitados por Metlife, con el fin de acreditar la ocurrencia del siniestro en los términos estipulados en la Póliza, documentos entre los cuales se encontraba la Historia Clínica del asegurado. De acuerdo con la Historia Clínica del Demandante a él se le diagnosticó insuficiencia renal. Sin embargo, en dicha Historia Clínica no se evidenció ningún reporte nefrológico en el que se indicara que el asegurado requería de diálisis de manera regular, circunstancia necesaria para afectar la cobertura de Enfermedades Graves, tal como se encuentra establecido en la cláusula 4.5, cuyo aparte pertinente se transcribe a continuación:

---

<sup>5</sup> Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera de Colombia. Sentencia del 23 de junio de 2016 Exp: 2015-1365.

**4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

De acuerdo con las anteriores consideraciones de hecho como de derecho, es posible afirmar que el evento por el cual reclama el demandante no se encuentra amparado por la cobertura de Enfermedades Graves, ni por ninguna otra cobertura, pues no se ha demostrado que con ocasión del diagnóstico de insuficiencia renal se haya emitido por parte de un nefrólogo recomendación alguna que implique una diálisis o trasplante de riñón.

Metlife no ha incumplido ninguna obligación, simplemente ha manifestado que la solicitud de indemnización del Demandante carece de cobertura a la luz de los términos y condiciones de la Póliza. Esta circunstancia no se puede considerar como un incumplimiento contractual por parte de Metlife.

En consecuencia, teniendo en cuenta que el Demandante no requiere una diálisis o trasplante de riñón, las pretensiones de la demanda deberán ser negadas en su integridad.

## 2 INEXISTENCIA DEL DERECHO A RECLAMAR INTERESES MORATORIOS DESDE LA FECHA INDICADA

La parte actora pretende el reconocimiento y pago de intereses moratorios sobre la suma de dinero supuestamente adeudada por la aseguradora. Sin embargo, en el eventual e hipotético caso en el cual el Despacho considere que el demandante sí tiene derecho al pago del valor asegurado, solicito se tenga en cuenta lo expresamente establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio, especialmente lo relacionado con la fecha a partir de la cual se deben reconocer los intereses moratorios.

El citado artículo dispone lo siguiente:

*“El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.”* (Se destaca)

De acuerdo con lo anterior, mal puede pretender la parte actora el reconocimiento de dichos intereses desde el 09 de enero de 2021, pues como se indicó anteriormente, hasta el momento no se encuentra probado el siniestro en los términos de la Póliza, razón por la cual, en el hipotético caso que mi representada fuera condenada a pagar la indemnización a cargo del demandante dichos intereses sólo empezarían a correr a partir de la fecha de la sentencia.

Ahora bien, suponiendo que el Despacho considere que el siniestro fue probado con anterioridad a la fecha de la sentencia, no hay duda que dichos intereses jamás podrían empezar a causarse desde la fecha que se señala en la demanda.

La interpretación más favorable al demandante, la cual señalo desde ya que no comparto, sería tomar como fecha el 16 de junio de 2020, fecha en la cual remitió a través de correo electrónico copia de la historia clínica con la cual supuestamente se acreditaba que el demandante padecía insuficiencia renal.

### 3 LIMITACIONES ESTIPULADAS EN LA PÓLIZA Y CESACIÓN DE OBLIGACIÓN DE PAGO RESPECTO DEL ASEGURADO

Sin perjuicio de lo anterior y, en el evento en el que el Despacho considere que sí hay lugar al pago del valor asegurado por parte de Metlife, solicito que se tenga en cuenta lo previsto en la cláusula 3.5 de las condiciones de la Póliza, cláusula relacionada con la finalización de la obligación de la pago de la aseguradora respecto de esta Póliza. La mencionada cláusula dispone:

#### 3.4. CONFLICTOS ENTRE OPINIONES MÉDICAS

LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN ENTRE EL MÉDICO DE LA COMPAÑÍA Y DEL ASEGURADO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, SERÁN DE COMÚN ACUERDO, SOMETIDAS AL CONOCIMIENTO DE UN TERCER MÉDICO ELEGIDO POR AMBAS PARTES. EL CONCEPTO OFRECIDO POR EL PROFESIONAL SERÁ EL QUE ADOPTARÁN LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

#### 3.5. PAGO UNICO

DESPUÉS DEL PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, DE LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA POR LA PRESENTE PÓ-

LIZA, COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN AMPARADA POR LA MISMA, CESARÁ TODA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, PARA CON LA MISMA PERSONA ASEGURADA, Y NO SE ACEPTARÁN RENOVACIONES POSTERIORES, INCLUSO SI SE EXCLUYERA EL PADECIMIENTO CUBIERTO DURANTE ALGUNA VIGENCIA ANTERIOR.

#### 3.6. COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

PARA COMPROBAR EL SINIESTRO LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ PARA CADA ENFERMEDAD, LAS CONDICIONES MÉDICAS Y ESTABLECERÁ LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS.

### 4 LA RESPONSABILIDAD DE METLIFE ESTA LIMITADA AL VALOR ASEGURADO

Sin perjuicio de lo anterior, y en el remoto evento en que se declare que la Póliza ofrece cobertura para el caso bajo estudio, es evidente que la responsabilidad de Metlife está limitada por el valor de la suma asegurada establecida en el contrato de seguro, suma por encima de la cual, en consecuencia, no se podrá proferir condena en su contra.

## 5 GENÉRICA

De conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito se declaren las excepciones que conforme a derecho resulten probadas en este proceso, aun cuando estas no hayan sido mencionadas de manera expresa en la contestación de la demanda.

### V. OBJECCIÓN FRENTE JURAMENTO ESTIMATORIO

En los términos del artículo 206 del CGP, me opongo al juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

- 1 El demandante solicita la suma de \$39.633.207, suma de dinero que incluye, según él, el valor asegurado para el amparo de enfermedades graves y los intereses moratorios sobre el valor asegurado desde el 9 de enero de 2020, fecha a partir de la cual indica, *“la aseguradora estuvo en la obligación de efectuar el pago del siniestro”*.
- 2 No obstante, dicha estimación carece de sustento fáctico y jurídico por cuanto la Póliza o brinda cobertura a los hechos de la demanda.
- 3 Adicionalmente, se desconoce abiertamente lo establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio, según el cual el asegurador reconoce y paga el interés moratorio una vez **vencido el plazo** de un mes, contado a partir de la fecha en la cual el asegurado acredite su derecho **de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1077 del mismo código.**
- 4 Si bien se reitera que no existe lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero por concepto de valor asegurado, pues no se ha acreditado el siniestro de acuerdo con lo establecido en la Póliza, en un eventual e hipotético caso en el cual el Despacho considere que sí existe lugar al mismo, deberá tener en cuenta que, el siniestro solo fue acreditado a lo largo del proceso o en su defecto tomando la interpretación más favorable al asegurado el 16 de junio de 2020, fecha en la cual el asegurado remitió su historia clínica en la cual se evidenciaba el diagnóstico de insuficiente renal, por lo cual es desde ésta fecha que Metlife tenía un mes para generar el correspondiente pago.
- 5 Finalmente, se desconoce la fórmula matemática utilizada por el demandante para arribar al resultado pretendido y si ella se ajusta a los requisitos legales fijados para la liquidación de intereses moratorios.

### VI. PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito al Despacho que decrete o tenga como pruebas, según el caso, las siguientes:

#### 1 Documentales

- 1.1 Poder para representar a Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. dentro del proceso de la referencia.
- 1.2 Certificado de existencia y representación de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- 1.3 Copia del formato de Solicitud de Seguro que contiene la declaración de asegurabilidad suscrita por el Demandante.
- 1.4 Copia del certificado individual de la Póliza No. 2005654.
- 1.5 Copia de las condiciones de la Póliza No. 2005654.
- 1.6 Copia de la constancia de envío de aviso de siniestro presentado por el asegurado.
- 1.7 Copia de la comunicación emitida por Metlife con la cual se solicitaron los documentos para iniciar el estudio de la reclamación.
- 1.8 Copia de la constancia de envío de los documentos requeridos para iniciar el estudio de la reclamación por parte del demandante.
- 1.9 Copia de la objeción emitida por Metlife.
- 1.10 Copia de la constancia de envío de la objeción al demandante.
- 1.11 Copia de la constancia de radicación de la solicitud de reconsideración por parte del demandante.
- 1.12 Copia de la respuesta a la reconsideración emitida por Metlife.
- 1.13 Copia de la citación a la audiencia de conciliación extrajudicial.
- 1.14 Copia de la solicitud de conciliación presentada por el demandante.
- 1.15 Copia de la Constancia de no Acuerdo, emitida por el Centro de Conciliación de la Procuraduría General de la Nación en Materia Civil y Comercial en Bucaramanga.

## 2 Interrogatorio de parte

Solicito al Despacho que decrete el interrogatorio de parte que deberá absolver:

La parte demandante, a saber, el señor Ricardo Antonio Lizarazo Almeida.

## 3 Declaración de parte

De conformidad con lo establecido en el artículo 165 del Código General del Proceso, solicito al Despacho que decrete la declaración de parte del representante legal de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A.

## VII. NOTIFICACIONES

Mi representada y la suscrita recibimos notificaciones y podemos ser contactados con base en la siguiente información:

**Dirección:** Av. Carrera 9 No. 115-06 Of. 2802. (Bogotá D.C.)  
**E-mail:** Monica.Tocarruncho@kennedyslaw.com  
Catalina.Botero@kennedyslaw.com  
Alejandra.Diaz@kennedyslaw.com  
**Teléfono:** +57 1 390 5888

Del Honorable Despacho, con toda atención,



**CATALINA BOTERO ARANGO**  
C.C. 1.020.746 de Bogotá D.C.  
T.P. 231.852 del C.S. de la J.