

Señores

JUZGADO QUINTO (5) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

Dr. Juan Carlos Fonseca Cristancho

E. S. D.

Referencia: Proceso Declarativo Verbal promovido por **CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA** en contra de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** Rad. No. 2020-00474-00 (11001400300520200047400).

-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y SU SUBSANACIÓN-

Quien suscribe, **MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía 81.741.388 expedida en Fusagasugá (Cundinamarca), abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional 191.849 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Apoderado General con Funciones de Representación Judicial y Extrajudicial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** -en adelante 'METLIFE'-, calidad que acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá adjunto¹, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal correspondiente, **CONTESTO LA DEMANDA** presentada por el señor **CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA** en contra de **METLIFE**, así como su **SUBSANACIÓN**, en los siguientes términos:

I. ACLARACIÓN PREVIA EN TORNO A LA PRESENTACIÓN DE ESTE ESCRITO.

¹ En la página 12 se encuentra la anotación concerniente a la inscripción de la escritura pública 1545 de la Notaría 65 del Círculo de Bogotá, contentiva del Poder General otorgado al suscrito para que actúe como Apoderado General con funciones de representación judicial y extrajudicial de METLIFE.

Téngase en cuenta que si bien el Juzgado 5° Civil Municipal profirió auto admisorio de la demanda el pasado 05 de noviembre de la presente anualidad, notificado mediante estado del 06 del mismo mes y anualidad, debo señalar que hasta la fecha no se ha surtido la diligencia de notificación personal en la forma ordenada por los artículos 291 del Código General del Proceso y 8° del Decreto 806 de 2020.

No obstante, debo señalar que el apoderado judicial de la parte actora remitió a mi representada METLIFE mensaje de datos que puso en conocimiento de mi poderdante el referido auto admisorio de la demanda el pasado 09 de noviembre de 2020. Al respecto, valga aclarar que el referido mensaje de datos enviado al buzón de notificación judicial de mi representada no allegó la demanda la totalidad de las piezas procesales contentivas del traslado.

Por lo anterior, asumiendo que no se ha surtido -hasta la fecha de presentación de este escrito- la notificación en debida forma del auto admisorio de la demanda, solicito comedidamente al Despacho tener a METLIFE notificada por conducta concluyente de la referida providencia judicial.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

Me opongo a las súplicas de la demanda, por las razones que serán esbozadas a lo largo del presente escrito.

Adicionalmente, solicito comedidamente al Despacho que condene en costas y agencias en derecho al extremo demandante.

III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

Seguidamente me pronunciaré en torno a los hechos de la demanda, en la forma y orden allí expuestos:

- 1. Es cierto.** Entre el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA y METLIFE, se celebró el Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**.

Los amparos o coberturas del Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** y sus correspondientes sumas, a saber, fueron:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Muerte por cualquier causa	\$50.000.000
Muerte accidental	\$50.000.000
<u>Incapacidad Total y Permanente (ITP) por cualquier causa</u>	<u>\$50.000.000</u>
Anticipo Enfermedades Graves	\$25.000.000
Auxilio Funerario muerte por cualquier causa	\$2.500.000
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente y/o Enfermedad	\$50.000
Renta Mensual por gastos hogar por muerte por cualquier causa (12 meses)	\$300.000

<u>Renta Mensual por Gastos Hogar por ITP por cualquier causa (12 meses)</u>	<u>\$300.000</u>
Asistencia odontológica de emergencia	INCLUIDA

El señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA ingresó como asegurado a la Compañía que representó el día 18 de junio de 2015.

En virtud del negocio jurídico asegurativo celebrado entre las partes, el deber indemnizatorio y la producción de efectos finales del referido contrato, se hallaba supeditado al cumplimiento de las cargas, deberes y obligaciones a cargo del Tomador y Asegurado, incluyendo la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo (concerniente a sus condiciones de salud) de conformidad con el cuestionario propuesto por el Asegurador METLIFE.

Valga anotar que el día 18 de junio de 2015 en forma previa a la celebración del contrato de seguro y al asentimiento de METLIFE, el asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA diligenció el cuestionario adjunto a la Solicitud de Seguro Campaña Vida, respondiendo en forma negativa a las siguientes preguntas:

“(…) ¿Ha padecido **alguna enfermedad crónica**, ha recibido tratamiento **médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles** o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, **trombosis**, Malfuncionamiento de los Riñones o infecciones por VIH o SIDA? NO.

(...) ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Riñones? NO.

(...) ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbrado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO.

(...) **¿Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años NO (...)**

Entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, Infarto, Evento Cerebrovascular, Insuficiencia Renal y By-Pass), diagnosticadas durante el período de carencia de 90 días. (...)

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte demostrado en el curso de la presente actuación procesal.

2. **Es cierto.** No obstante, reitero lo señalado al dar contestación al hecho que precede. Valga anotar que la Póliza materia del presente litigio se encuentra vigente desde el 18 de junio de 2015, sin que hasta la fecha haya sido revocada unilateralmente a instancia del asegurado ni por orden judicial.
3. **No es cierto.** De acuerdo con lo expresado en la Carátula de la Póliza [descrita en la Solicitud de Seguro diligenciada y suscrita por el demandante] la suma asegurada correspondiente al amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP) por cualquier causa corresponde a \$50.000.000 y no a la cantidad referida en el presente numeral por el apoderado judicial del accionante.

4. **No es cierto.** El amparo al que pretende aludir el accionante corresponde a “*Renta Mensual por ITP por cualquier causa*” (12 meses). La suma asegurada corresponde hasta \$300.000 mensuales hasta por 12 meses. En lo demás, valga aclarar que el referido amparo se encuentra delimitado en función a los términos contractuales que rigen la Póliza materia de la presente controversia.

5. **No es cierto.** En efecto, es verídico que al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA le fue dictaminada una pérdida de capacidad laboral por parte de la UT SERVISALUD SAN JOSÉ, no obstante, las patologías que determinaron la invalidez que aqueja al accionante corresponden a “cofosis mixta derecha súbita asociada a tinnitus y vértigo periférico”.

A este respecto, **aclaro** que el referido Dictamen determinó el evento de pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Como puede apreciarse, las patologías [que desencadenaron la pérdida de capacidad laboral del accionante] fueron previas al momento de su ingreso a la Póliza materia de la presente controversia, razón por la cual, con independencia que fueran comunicadas o no a METLIFE, en todo caso, son *preexistentes* al 18 de junio de 2015, razón por la cual, el sustrato fáctico en que se cimenta el reclamo del accionante, en todo caso, no guarda correspondencia con las normas que gobiernan la proyección del riesgo asegurado en el contrato de seguro y, en todo caso, correspondería a la realización de una *exclusión* aplicable al contrato de marras, conforme se explicará a lo largo del presente escrito.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

6. **No es cierto.** De acuerdo con lo señalado al dar contestación al hecho precedente, las circunstancias fácticas subyacentes al reclamo [judicial] del accionante corresponden, en todo caso, a la realización de una *exclusión* aplicable a la Póliza materia de la presente controversia, razón por la cual, sin perder de vista la configuración de la nulidad relativa del Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, es improcedente derivar la exigibilidad de cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE, máxime si no se cumplen los requisitos de configuración de las coberturas materia de la presente controversia.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte demostrado en el curso de la presente actuación procesal.

7. **No es cierto.** Al respecto, **aclaro** que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA presentó inicialmente ante METLIFE el pasado 28 de noviembre de 2019 una solicitud de indemnización, no obstante, dicha solicitud se encontraba incompleta, razón por la cual, no se trató de un “reclamo” que, en los términos del artículo 1077 del C.Co., diera cuenta de la ocurrencia del siniestro ni de la prueba de la pérdida.
8. **Es cierto.** Por lo anterior, METLIFE solicitó al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA que allegara los siguientes documentos: a) Dictamen de invalidez proferido por la Junta Regional, EPS o ARL que indique pérdida de la capacidad laboral y fecha de estructuración; b) Historia clínica; c) Copia de cedula de identificación; d) Copia de certificación bancaria y; d) Formulario SARLAFT original completamente diligenciado con firma y huella.

- 9. No es cierto.** Al respecto **aclaro** que, si bien para la fecha 03 de enero de 2020 el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA presentó los documentos requeridos por mi poderdante, conviene señalar que la presentación de los mismos no correspondía a un “reclamo debidamente formalizado”, en los términos indicados en el presente numeral. Por el contrario, tal como se expondrá con mayor rigor a lo largo del presente escrito, no es procedente derivar la exigibilidad de ningún compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE.
- 10. Es cierto.** En la fecha indicada [10 de enero de 2020] METLIFE objetó el pago indemnizatorio pretendido por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, toda vez que a la luz de la información consignada en el Dictamen de Régimen Especial para Docentes Fiduprevisora se constató que el asegurado se encuentra en estado de invalidez por pérdida de capacidad laboral del 71,9% por la enfermedad común de cofosis mixta derecha súbita asociado a tinnitus y vértigo periférico con una fecha de estructuración del 10 de julio de 2019.

No obstante, en la citada misiva de objeción METLIFE puntualizó que:

“El dictamen registra evento de pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Considerando la información anterior, nuestro Departamento Médico refiere que puede establecerse que se manifestó y diagnóstico con anterioridad al ingreso de la póliza de seguro, las enfermedades relacionadas objeto de la reclamación actual.

En las condiciones de la póliza suscrita, se señala que no hay lugar a pago alguno, cuando el reclamo, tenga su causa, consista en, o sea consecuencia directa total o parcial de: ‘...Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad que se haya manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de este anexo...’

Así mismo, las circunstancias médicas relacionadas, además de ser preexistentes, son eventos médicos relevantes que no fueron declarados en la solicitud de seguro diligenciada al ingreso del seguro contratado, antecedentes que, además de haberlos conocido la aseguradora en el momento del estudio del riesgo, ésta hubiere estipulado condiciones más onerosas o se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro.

Es claro, por lo tanto, que, en el contrato contenido en la Póliza suscita, el asegurado incurrió en reticencia e inexactitud, en los términos descritos por el Código de Comercio, en su artículo 1058 (...).”

Como puede apreciarse, METLIFE objetó el pago indemnizatorio pretendido por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA aduciendo, de un lado que el cuadro patológico que desencadenó la pérdida de capacidad laboral [y su consecuente estado de invalidez] se manifestó en forma previa del ingreso del asegurado a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, razón por la cual, aun si se asumiera que el referido Contrato de Seguro conserva validez y eficacia, en todo caso, los hechos que desencadenaron la invalidez que aqueja al accionante, corresponderían en todo caso a la realización de una *exclusión* aplicable a la referida Póliza. Adicionalmente, METLIFE fundamenta su objeción en el sentido que el demandante incurrió en declaraciones reticentes e inexactas al momento de ser indagado por su estado de salud, conforme al cuestionario propuesto por METLIFE, razón por la cual, el

Contrato de Seguro vertido en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa.

Por lo anotado, METLIFE objetó oportuna, seria y fundadamente la solicitud indemnizatoria elevada por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

11. No es cierto. Tal como se anotó al dar contestación al hecho que precede, METLIFE objetó oportuna, seria y fundadamente la solicitud indemnizatoria elevada por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA. Por consiguiente, al no verificarse la exigibilidad de ninguna obligación indemnizatoria a cargo de mi poderdante [por las razones ya indicadas] la objeción de mi poderdante enerva la mora que infructuosamente pretende atribuir el extremo demandante a mi poderdante.

12. No es cierto. Tal como se anotó al dar contestación a los hechos que preceden, METLIFE objetó oportuna, seria y fundadamente la solicitud indemnizatoria elevada por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA. Por consiguiente, al no verificarse la exigibilidad de ninguna obligación indemnizatoria a cargo de mi poderdante [por las razones ya indicadas] la objeción de mi poderdante enerva la mora que infructuosamente pretende atribuir el extremo demandante a mi poderdante.

13. No me consta. Las circunstancias descritas en el presente numeral escapan por completo a la esfera cognitiva del suscrito apoderado, razón por la cual, me atengo a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

14. No es cierto. METLIFE se encuentra legitimada para oponer, en todo caso, la nulidad relativa por vía de excepción a través del presente escrito. Con todo, **aclaro** al

Despacho que mi poderdante no adujo como único motivo de objeción lo atinente a la configuración de nulidad relativa del Contrato de Seguro sino que, adicionalmente, indicó con acierto que las patologías o enfermedades que originaron el estado de invalidez del accionante se manifestaron, diagnosticaron y trataron con anterioridad al momento en que ingresó como asegurado, es decir, son preexistentes y, a la luz de las normas que gobiernan el Contrato de Seguro, no son objeto de cobertura por parte de la Póliza.

15. No es cierto. METLIFE se encuentra legitimada para oponer, en todo caso, la nulidad relativa por vía de excepción a través del presente escrito. Con todo, **aclaro** al Despacho que mi poderdante no adujo como único motivo de objeción lo atinente a la configuración de nulidad relativa del Contrato de Seguro sino que, adicionalmente, indicó con acierto que las patologías o enfermedades que originaron el estado de invalidez del accionante se manifestaron, diagnosticaron y trataron con anterioridad al momento en que ingresó como asegurado, es decir, son preexistentes y, a la luz de las normas que gobiernan el Contrato de Seguro, no son objeto de cobertura por parte de la Póliza.

16. No es cierto. Llamo poderosamente la atención del Despacho en el sentido que existe una prohibición legal expresa para las Compañías de Seguros que comercializan seguros de personas (entre ellos, el de vida) de revocar unilateralmente la respectiva Póliza, de conformidad con lo preceptuado por el artículo 1159 del Código de Comercio que, a saber, prescribe: *“El asegurador no podrá, en ningún caso, revocar unilateralmente el contrato de seguro de vida. La revocación efectuada a solicitud del asegurado dará lugar a la devolución del saldo del valor de cesión o rescate.”*

Por lo anterior, mientras no exista una revocación unilateral por parte del asegurado o una rescisión judicial del Contrato de Seguro por nulidad relativa, mi poderdante

METLIFE tiene el derecho legal y contractual de seguir percibiendo las primas correspondientes.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a las razones que serán esbozadas a lo largo del presente escrito y a lo que resulte probado en el curso de la presente actuación procesal.

17. No es cierto. FALABELLA le comunicó al demandante la prórroga del Contrato de Seguro, dado que no se introdujo ninguna modificación a los términos que rigen el Contrato de Seguro vertido en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**. Es decir, los términos contractuales originalmente contratados siguen vigentes para el período prorrogado. En todo lo demás, reitero lo manifestado al dar contestación al hecho que precede.

18. No se trata de un hecho sino del agotamiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial en derecho, razón por la cual, me atengo a lo consignado en la respectiva constancia de no acuerdo.

IV. HECHOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DEFENSA DE METLIFE Y LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO.

METLIFE objetó oportuna, seria y fundadamente la solicitud de indemnización elevada por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA con el fin de hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente, toda vez que este último incurrió en declaraciones inexactas y/o reticentes al momento de diligenciar el cuestionario propuesto por METLIFE el pasado 18 de junio 2015, fecha para la cual el demandante ingresó como asegurado a la Compañía que represento.

En efecto, METLIFE logró establecer -durante el trámite de reclamación- que de conformidad con la información consignada en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA le fue diagnosticada una pérdida de capacidad laboral, no obstante, las patologías que determinaron la invalidez que aqueja al accionante corresponden a “cofosis mixta derecha súbita asociada a tinnitus y vértigo periférico”.

A este respecto, **aclaro** que el referido Dictamen determinó el evento de pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Como puede apreciarse, las patologías [que desencadenaron la pérdida de capacidad laboral del accionante] fueron previas al momento de su ingreso a la Póliza materia de la presente controversia, razón por la cual, con independencia que fueran comunicadas o no a METLIFE, en todo caso, son *preexistentes* al 18 de junio de 2015, razón por la cual, el sustrato fáctico en que se cimenta el reclamo del accionante amén de no guardar correspondencia con las normas que gobiernan la proyección del riesgo asegurado en el contrato de seguro y, en todo caso, correspondería a la realización de una *exclusión* aplicable al contrato de marras, conforme se precisará a lo largo del presente escrito.

A sabiendas de que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA ya contaba con unos antecedentes médicos relevantes, derivada de varias patologías, entre ellas: “cofosis mixta derecha súbita asociada a tinnitus y vértigo periférico”, optó por incurrir en declaraciones inexactas y/o reticentes al momento de declarar las circunstancias relativas al estado del riesgo.

Por virtud de lo anterior, METLIFE se encuentra habilitada de acudir a la Jurisdicción con el fin de solicitar la declaratoria judicial de nulidad relativa del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** *por vía de la acción o de la excepción*, dentro del límite temporal de cinco (5) años contados desde el momento en que se celebró el referido negocio jurídico, pues a partir de dicho momento surge para el Asegurador el derecho legal y contractual de impugnar su validez, de conformidad con lo preceptuado por el artículo 1081 del Código de Comercio.

A este respecto, cabe señalar que el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra inmerso en causal de *nulidad relativa* toda vez que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA al diligenciar el cuestionario propuesto por METLIFE en la correspondiente solicitud de seguro, en forma contraria a la realidad, manifestó que no padecía ninguna de las patologías allí referidas, que no recibía tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar actividades normales por más de cinco (5) días consecutivos debido a enfermedad en los últimos cinco (5) años.

En virtud de las declaraciones reticentes e inexactas en que incurrió el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, el Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa a la luz de lo preceptuado por los artículos 1058, 1059, 1158 y demás normas afines del Código de Comercio.

En consecuencia, a METLIFE le asiste el derecho legal y contractual de retener las primas pagadas [durante la vigencia del seguro] a título de pena, de conformidad con lo preceptuado con el artículo 1059 del Código de Comercio.

METLIFE no se encontraba en la obligación legal ni contractual de inspeccionar el estado del riesgo en forma previa a la celebración del Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, de conformidad con los lineamientos señalados por la H. Corte Constitucional a través de la Sentencia C-232 de 1997 al pronunciarse sobre la exequibilidad del artículo 1058 del estatuto mercantil.

Con todo, aun en el improbable evento en que el Despacho estimase que METLIFE incurrió en culpa o negligencia al momento de ofrecer el seguro, de exigir exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo [el estado de salud] del señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, dicha circunstancia no justificaría o compensaría el *dolo* en el que ha incurrido el asegurado, que por virtud de sus declaraciones inexactas y/o reticentes hizo incurrir a METLIFE en el error de celebrar un Contrato de Seguro que no habría celebrado o lo hubiera hecho bajo otras condiciones más onerosas.

Bajo este entendido, nótese que de acuerdo con lo preceptuado por el inciso primero del artículo 1515 del Código Civil, el *dolo* únicamente vicia el consentimiento cuando es obra de una de las partes. De ahí que si se llega a endilgar alguna negligencia a METLIFE en la etapa precontractual dicha *culpa no subsana o compensaría el dolo* en que incurrió su contraparte contractual CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

En el evento en que el Despacho asumiera que la “nulidad relativa” del Contrato de Seguro invocada por METLIFE no tiene asidero jurídico, y bajo ese lineamiento concluya que el referido negocio jurídico asegurativo tiene plena eficacia y validez, le corresponderá establecer si el sustrato fáctico del reclamo elevado por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA con miras a hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente cumple los requisitos contractuales y legales que determinarían su exigibilidad.

A este respecto, téngase en cuenta que por virtud de lo preceptuado en los artículos 1054, 1055, 1072, 1073 y demás normas afines del Código de Comercio, el riesgo asegurado debe proyectarse [temporalmente] durante la vigencia del Contrato de Seguro, es decir, el seguro, *en esencia*, no dispensa cobertura frente a “hechos ciertos” ocurridos con antelación a su celebración.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, ello quiere decir que las patologías que sufre el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, que desencadenaron la estructuración de su pérdida de capacidad laboral y, en consecuencia, su estado de invalidez eran **hechos ciertos** que se produjeron con anterioridad a su ingreso como asegurado a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, esto es, el pasado 18 de junio 2015.

Por lo tanto, las circunstancias, en las que se materializó la incapacidad que sufre el accionante, no corresponden a un **riesgo asegurado** que se haya producido durante la vigencia de la Póliza, razón por la cual, es improcedente derivar cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE, a la luz de las normas generales que rigen el Contrato de Seguro y sus elementos esenciales.

De otra parte, conviene señalar que la Póliza materia de la presente controversia no otorga cobertura a la incertidumbre subjetiva del señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA en torno a su estado de salud en forma previa a la celebración del Contrato de Seguro.

Adicionalmente, en la Solicitud de Seguro debidamente diligenciada y suscrita por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA el pasado 18 de junio 2015, se lee, a saber: “(...) **Entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, Infarto, Evento Cerebrovascular, Insuficiencia Renal y By-Pass), diagnosticadas durante el período de carencia de 90 días. (...)**”

Quiere decir lo anterior, que el Asegurador METLIFE -desde el momento en que ofertó los términos que regirían el Contrato de Seguro- informó debidamente al Consumidor Financiero que las coberturas ofrecidas no se hacían extensiva frente a *preexistencias* [de su estado de salud] fueran o no declaradas.

Por tanto, aun si el Despacho concluyera que el Contrato de Seguro materia del presente litigio no está incurso en causal de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, en todo caso, los términos contractuales que rigen el Contrato de Seguro instrumentado, el marco fáctico en el cual se encuadra el reclamo elevado por el accionante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, con miras a hacer efectivo el amparo de ITP, corresponden a la realización de *exclusiones*.

En efecto, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares aplicables a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722, no hay lugar a pago alguno**, cuando el siniestro halle su causa, consista en, o sea consecuencia directa o indirecta total o parcial de “(...) *Cualquier anomalía congénita, enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual (...).*” (Véase Exclusión 3.1.3 del Clausulado General distinguido con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001).

Sin perjuicio de lo anterior, conviene señalar al Despacho que, en relación con las circunstancias que han determinado la Incapacidad que aqueja al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA **no reúne los requisitos contractuales** que desencadenarían la materialización del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

Al respecto, los requisitos contemplados en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** para que se verifique la exigibilidad del amparo de ITP, a saber, son: a) La ITP sea ocasione

y manifieste estando asegurado bajo la Póliza [es decir, durante su vigencia]; b) La ITP debe producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado; c) Que la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días; d) Que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral sea superior al 50%, de acuerdo con el Manual de Calificación vigente; e) Que la fecha de estructuración de la ITP se produzca durante la vigencia de la Póliza.

Como puede apreciarse, de conformidad con el Dictamen de Calificación allegado por accionante -en sede extrajudicial-, las patologías médicas -base de la ITP que aqueja al accionante- corresponden a la pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Como puede apreciarse, la ITP que aqueja al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA **no se ocasionó ni manifestó durante la vigencia de la Póliza, es decir, mientras estuvo asegurado el accionante.** Lo anterior, tomando en consideración que **las patologías que originaron la pérdida de capacidad laboral del accionante fueron previas al momento de su ingreso a la Póliza expedida por METLIFE, tomando en consideración que la vigencia individual de la misma comenzó el 18 de junio 2015.**

Así las cosas, el sustrato fáctico en que se enmarca el reclamo del señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA **no reúne los requisitos contractualmente establecidos y acordados para hacer efectivo el amparo de ITP, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza materia de la presente controversia.**

No es procedente derivar ningún compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE con cargo a los demás amparos previstos en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**.

En subsidio de lo expuesto, sin que ello implique el reconocimiento de derecho crediticio alguno a favor del accionante, se ha configurado la prescripción tanto ordinaria como extraordinaria de las acciones y derechos que emanan del Contrato de Seguro, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

Por otra parte, en el improbable evento en que el Despacho estimase procedente derivar algún compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE y a favor del accionante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, la eventual obligación indemnizatoria a cargo de METLIFE se ceñirá a los términos contractuales que rigen la Póliza materia de la presente controversia, así como a la suma asegurada correspondiente a los amparos de “ITP por cualquier causa” y de “Renta Mensual por Gastos Hogar por ITP”.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO CONTRA LA DEMANDA.

1. Ausencia de cobertura: Los hechos que fundamentan el reclamo del señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA son ‘preexistentes’ a la entrada en vigencia de las Póliza objeto de la controversia.

En primer término, no puede perderse de vista que la obligación indemnizatoria que surge a cargo del Asegurador, en caso de producirse la realización del riesgo materia de cobertura, es de carácter *condicional*, en la medida en que la producción del riesgo debe producirse necesaria e indefectiblemente durante la vigencia contractual.

Lo anterior, se explica en la medida en que, el riesgo asegurable (art. 1.054 C.Co.) –por definición- consiste en un hecho futuro e incierto, lo cual se contrapone, desde el punto de vista jurídico conceptual, a los acontecimientos de carácter cierto, frente a los cuales no tienen ningún efecto práctico la cobertura aseguraticia.

En este sentido, el profesor J. EFRÉN OSSA al referirse a la noción de riesgo asegurable en el marco de la legislación colombiana, puntualizó:

“(…) Los hechos ya ocurridos, por *ciertos*, escapan también, como es obvio, a la noción de riesgo. La incertidumbre del suceso ha de ser *objetiva*. Refiriéndose, precisamente, al art. 1054 del C. de Co., ha dicho la Corte: ‘Fluye del texto transcrito que el riesgo asegurable debe ser incierto objetivamente y, además, futuro. **Los hechos ya acontecidos, por ser ciertos y, por ende, no ser futuros, ya no entrañan riesgo asegurable de conformidad con la ley.** Como tampoco la incertidumbre cuando es subjetiva.’”² (Negrilla fuera de texto).

En refuerzo de lo expuesto con antelación, no puede perderse de vista lo previsto por el artículo 1.073 del Código de Comercio, que a saber prescribe:

“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”(Negrilla y subrayado fuera de texto).

² OSSA GÓMEZ, J. Efrén. Teoría General del Seguro. El Contrato. Segunda Edición actualizada. Bogotá, 1.991, pp.95

Así las cosas, a METLIFE **NO** le asiste responsabilidad alguna por “hechos desencadenantes” de un potencial reclamo que se hayan originado con anterioridad a la entrada en vigencia del Contrato de Seguro instrumentado en las Póliza objeto de la presente controversia, la cual, como es sabido, inició su vigencia a partir del día 18 de junio de 2015.

Con arreglo a lo anterior, la situación fáctica en que se enmarcó la invalidez que aqueja al señor ROJAS TARAZONA se produjo con ocasión de unas patologías psiquiátricas, que constituyen el antecedente médico que sirve de sustento al cálculo de la Pérdida de Capacidad Laboral dictaminada por LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ.

En efecto, tal como se encuentra demostrado desde esta etapa primigenia del litigio, el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, que de conformidad con la información consignada en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral realizado por la Comisión Médica Interdisciplinaria de La UT SERVISALUD SAN JOSÉ de fecha 02 de septiembre de 2.014, se establece que a partir del 26 de junio de 2.014 el asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, se encuentra en estado de invalidez, por pérdida de la capacidad laboral en un 50.03%.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, ello quiere decir que las patologías que sufre el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, que desencadenaron la estructuración de su pérdida de capacidad laboral y, en consecuencia, su estado de invalidez eran **hechos ciertos** que se produjeron con anterioridad a su ingreso como asegurado a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, esto es, el pasado 18 de junio de 2015.

Por lo tanto, las circunstancias, en las que se materializó la incapacidad que sufre el accionante, no corresponden a un **riesgo asegurado** que se haya producido durante la vigencia de la Póliza, razón por la cual, es improcedente derivar cualquier compromiso

indemnizatorio a cargo de METLIFE, a la luz de las normas generales que rigen el Contrato de Seguro y sus elementos esenciales.

Así las cosas, la negativa de METLIFE frente al pago reclamado, halla su sustento en las normas que gobiernan el Contrato de Seguro, por consiguiente, no se avizora en este litigio hecho alguno que modifique la postura de mi poderdante en relación con la improcedencia del reclamo elevado por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

2. Inexigibilidad de obligación alguna a cargo de METLIFE: El marco fáctico del reclamo elevado por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA corresponde a la realización de una EXCLUSIÓN.

Sin perjuicio de las consideraciones esbozadas en el acápite precedente, me veo forzado a señalar que los supuestos fácticos que originan el reclamo elevado por el extremo demandante, corresponden a la materialización de una *exclusión*, prevista en las Condiciones Generales o Clausulados aplicables al amparo de Incapacidad Total y Permanente.

En primer término, no debe perderse de vista lo previsto por el artículo 1.056 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: “(...) *Con las restricciones legales, el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todo o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)*”.

Así, merced al acuerdo contractual, vertido de ordinario en su totalidad en el cuerpo de la póliza de seguros, es viable delimitar el cúmulo de riesgos que serán asumidos por el Asegurador en virtud del negocio jurídico aseguraticio. En ese sentido, el proceso de estructuración y definición de los riesgos que se asumirán, deben tenerse en cuenta las limitaciones legales que en esta materia existen, razón por la cual la autonomía privada se

verá restringida, de manera ciertamente excepcional, por disposiciones legales de rango imperativo que impiden la asunción de riesgos –como ocurre con el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario en virtud de lo previsto por el artículo 1.055 del Código de Comercio-.

Sumado a lo anterior, no puede perderse de vista que el contenido del contrato de seguro es de interpretación restrictiva, conforme lo ha establecido en forma reiterada la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que al respecto ha señalado:

“(…) En efecto, tomando como punto de forzosa referencia los postulados básicos que acaban de señalarse, la doctrina jurisprudencial (G.J, T. CLXVI pág. 123) tiene definido de vieja data que en orden a impedir las nocivas tendencias, tanto de quienes reclaman con el propósito de procurar conseguir beneficios extraños al seguro contratado, lo que sin duda redundaría en menoscabo para la mutualidad de riesgos homogéneos creada, como de los aseguradores de exonerarse de responder desconociendo razonables expectativas que del contrato emergen para aquellos, este último 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. 1.048 a 1.050 del C de Com), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. Dicho 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’ (...).”³

Sin perder de vista lo anterior, huelga acotar que la obligación indemnizatoria a cargo del Asegurador es de carácter condicional, su exigibilidad se encuentra supeditada a la

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 29 de enero de 1998, M.P. Carlos Esteban Jaramillo, expediente 4894. Valga anotar que la tesis jurisprudencial que se cita, ha sido objeto de reiteración en las providencias de fecha 1º de agosto de 2002 M.P. Jorge Santos Ballesteros, expediente 6907; la de 5 de diciembre de 2006 M.P. Carlos Ignacio Jaramillo, expediente No. 00812-01; y la de 19 de diciembre de 2008, M.P. Arturo Solarte Rodríguez.

verificación fáctica del siniestro, concebido éste como “*la realización del riesgo asegurado*”, según las voces del artículo 1.072 del Código de Comercio.

Acorde con lo expuesto, el detonante de la exigibilidad del compromiso indemnizatorio se enmarca en la realización del riesgo asegurado previamente delimitado temporal y causalmente por el Asegurador, conforme a lo preceptuado por el artículo 1.056 del Código de Comercio.

De ahí que la configuración del siniestro en un caso puntual, demandará del encuadramiento temporal, fáctico y causal dentro de los elementos desencadenantes de la cobertura y cuya realización **NO** encuadre dentro de las circunstancias de *exclusión*.

En efecto, téngase presente que en la Solicitud de Seguro debidamente diligenciada y suscrita por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA el pasado 18 de junio de 2015, se lee, a saber: “(...) **Entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, Infarto, Evento Cerebrovascular, Insuficiencia Renal y By-Pass), diagnosticadas durante el período de carencia de 90 días. (...)**”

Quiere decir lo anterior, que el Asegurador METLIFE -desde el momento en que ofertó los términos que regirían el Contrato de Seguro- informó debidamente al Consumidor Financiero que las coberturas ofrecidas no se hacían extensiva frente a *preexistencias* [de su estado de salud] fueran o no declaradas.

Por tanto, aun si la H. Delegatura concluyera que el Contrato de Seguro materia del presente litigio no está incurso en causal de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, en todo caso, los términos contractuales que rigen el Contrato de

Seguro instrumentado, el marco fáctico en el cual se encuadra el reclamo elevado por el accionante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, con miras a hacer efectivo el amparo de ITP, corresponden a la realización de *exclusiones*.

En refuerzo de lo anterior, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares aplicables a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, **no hay lugar a pago alguno**, cuando el siniestro halle su causa, consista en, o sea consecuencia directa o indirecta total o parcial de “(...) *Cualquier anomalía congénita, enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual (...).*” (Véase Exclusión 3.1.3 del Clausulado General distinguido con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001).

Así las cosas, los motivos de objeción alegados por METLIFE son serios, legítimos y fundados, en la medida en que los mismos propenden no sólo al estricto cumplimiento de los términos contractuales que gobiernan las relaciones asegurativas documentadas en las Pólizas objeto de la presente contienda jurídico- procesal.

3. La Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722 NO cubre la incertidumbre subjetiva del señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA en torno a su estado de salud previo a la celebración del referido contrato.

En subsidio de lo anterior, aun en el evento en que se demostrase que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, por virtud de sus condiciones síquicas, no conocía a cabalidad sus condiciones previas de salud en forma previa a la celebración de los Contratos de Seguro objeto del presente litigio, resulta oportuno precisar que dicha circunstancia constituye, si

acaso, la realización de un evento que NO constituye riesgo asegurado, de conformidad con lo establecido por el artículo 1.054 del Código de Comercio.

En efecto, no sobra recordar en este punto del debate que la noción de riesgo asegurado se encuentra enmarcada normativamente por lo preceptuado por el artículo 1.054 del Código de Comercio, que a saber enseña: “[d]enominase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. **Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.**” (Negrilla fuera de texto).

De esta manera, la norma antes citada resulta aplicable aun a los seguros de personas –entre ellos el de vida-, razón por la cual, toda condición de salud anterior a la celebración del contrato de seguro conocida o no por el tomador y/o el asegurado o que debió ser conocida por ellos con anterioridad a la contratación de este seguro, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad, lesión o defecto que se haya manifestado, diagnosticado o tratando antes de la fecha de la iniciación del presente amparo, **ya que se trata de situaciones y hechos ciertos no asegurables de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 1.054 del Código de Comercio.**

Con fundamento en lo anterior, en todo caso aun en el evento en que el Operador Judicial, desestimara la excepción de nulidad relativa del Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, el presente reclamo carecería de cobertura a la luz de las Condiciones Generales y Particulares aplicables a las referida Póliza y de las normas que disciplinan el régimen normativo del Contrato de Seguro, por cuanto la incapacidad que afecta al asegurado hallaría su causa en una condición de salud anterior a la

celebración del Contrato de Seguro, con independencia que haya sido conocida o no por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

De esta manera, las pretensiones de la demanda están llamadas al fracaso y así lo deberá declarar el Operador Judicial que avocó el conocimiento de la presente controversia.

4. Inexigibilidad de obligación indemnizatoria frente a METLIFE. No se configuró siniestro a la luz de la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722 en la medida en que no se cumplen a cabalidad los requisitos previstos para la materialización del amparo de Incapacidad Total Permanente.

De conformidad con la delimitación contractual del riesgo asegurado, mi representada METLIFE asume el pago de la suma asegurada prevista en el amparo en comento, siempre y cuando se cumplan las condiciones establecidas en la Condiciones Generales y Particulares aplicables al contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, como se procede a explicar.

En efecto, de conformidad con la Condición 2.2 Clausulado General que rige el Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, el cual se identifica con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001, el Amparo de Incapacidad Total y Permanente fue descrito en los siguientes términos, a saber:

“(…) LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO EN CASO QUE ÉSTE SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO (…)”

Adicionalmente, la cláusula 6.5 del referido Clausulado General definió el amparo de ITP, en los siguientes términos, a saber:

“(…) Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- Manos: Amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.
- Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión. (…)”

Como puede apreciarse los requisitos para que se configure el siniestro con cargo al amparo de Incapacidad Total y Permanente, a saber, son:

- a) La ITP sea ocasionada y manifieste estando asegurado bajo la Póliza [es decir, durante su vigencia];
- b) La ITP debe producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado;
- c) Que la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días;

d) Que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral sea superior al 50%, de acuerdo con el Manual de Calificación vigente;

e) Que la fecha de estructuración de la ITP se produzca durante la vigencia de la Póliza. (Véase Clausulado General distinguido con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001).

Bajo este entendido, es la conjugación de los elementos a los que se ha hecho alusión, lo que desencadena la afectación del amparo o, si prefiere, la materialización del riesgo asegurado (Incapacidad Total y Permanente).

En contraste con lo anterior, en el caso que nos ocupa, frente al asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA **NO** se predica el cumplimiento de todos y cada uno de los requisitos previstos en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** respecto del amparo de Incapacidad Total y Permanente.

Como puede apreciarse, de conformidad con el Dictamen de Calificación emitido por LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ, las patologías médicas -base de la ITP que aqueja al accionante- datan al menos del año 2010, momento para el cual el señor ROJAS TARAZONA sufrió pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Como puede apreciarse, las patologías [que desencadenaron la pérdida de capacidad laboral del accionante] fueron previas al momento de su ingreso a la Póliza materia de la presente controversia, razón por la cual, con independencia que fueran comunicadas o no a METLIFE, en todo caso, son *preexistentes* al 18 de junio de 2015, razón por la cual, el

sustrato fáctico en que se cimenta el reclamo del accionante amén de no guardar correspondencia con las normas que gobiernan la proyección del riesgo asegurado en el contrato de seguro y, en todo caso, correspondería a la realización de una *exclusión* aplicable al contrato de marras, conforme se precisará a lo largo del presente escrito.

Como puede apreciarse, la ITP que aqueja al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA **no se ocasionó ni manifestó durante la vigencia de la Póliza, es decir, mientras estuvo asegurado el accionante.** Lo anterior, tomando en consideración que **las patologías que originaron la pérdida de capacidad laboral del accionante fueron previas al momento de su ingreso a la Póliza expedida por METLIFE, tomando en consideración que la vigencia individual de la misma comenzó el 18 de junio 2015.**

Sin perjuicio de lo anterior, me reservo el derecho de ampliar los fundamentos fácticos y jurídicos que informan el presente medio exceptivo en la oportunidad legal y procesal correspondiente.

5. La configuración del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722 no se encuentra supeditado al cumplimiento de los requisitos previstos en el régimen normativo de la seguridad social.

En primer lugar, huelga acotar que el actor ha puesto de relieve a lo largo de su escrito de demanda que el reclamo elevado por el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA cumple todos los requisitos previstos en la Póliza para acceder a la prestación asegurada reclamada, de ahí que con base en dicho argumento pretende desdibujar el sentido y alcance de la

delimitación contractual del amparo de Incapacidad Total y Permanente contemplado en el Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**.

A continuación, esbozaré las razones por las cuales NO es de recibo la línea argumentativa de la demandante, la cual parte del errado supuesto, conforme al cual, la configuración del siniestro de Incapacidad Total y Permanente sigue los mismos parámetros establecidos en el régimen de seguridad social, en tratándose, de las pensiones de invalidez.

En primer lugar, no está por demás señalar que el contrato de seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** ya mencionada se distingue, inequívocamente, de los contratos de seguro de que trata el Sistema General de Seguridad Social.

Sobre el particular, téngase presente que aflora absoluta claridad que el asunto materia de la *litis* ha de decidirse en función estricta de lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, y NO en función de lo que establezca el sistema de seguridad social ni los regímenes especiales en materia pensional, porque la naturaleza y finalidades de la relación aseguraticia en comento atiende a otras motivaciones. De ahí que el riesgo está delimitado, en consecuencia, fundamentalmente por los efectos, y en ello la póliza es prolija al establecer unos precisos requisitos.

Como puede apreciarse los requisitos para que se configure el siniestro con cargo al amparo de Incapacidad Total y Permanente, a saber, son:

- a) La ITP sea ocasionada y manifieste estando asegurado bajo la Póliza [es decir, durante su vigencia];

- b) La ITP debe producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado;
- c) Que la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días;
- d) Que el porcentaje de pérdida de capacidad laboral sea superior al 50%, de acuerdo con el Manual de Calificación vigente;
- e) Que la fecha de estructuración de la ITP se produzca durante la vigencia de la Póliza. (Véase Clausulado General distinguido con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001).

Todos estos hechos constituyen elementos del riesgo asegurado, que lo delimitan, y sólo a su acaecimiento puede entenderse configurado el siniestro. Si se quiere, el siniestro en este caso no es un hecho simple sino, por el contrario, un hecho complejo, que supone un proceso integrado por varias fases y, por ende, en tanto no se complete su realización no se tendrá el siniestro. El siniestro es, pues, el estado de invalidez que reúna los requisitos establecidos en la póliza, siempre que tenga por causa un accidente.

Teniendo presente lo anterior, puntualizo que, en torno a la configuración del siniestro, éste comienza a partir de la producción del hecho que da lugar o constituye la *causa* de la Incapacidad Total y Permanente, esto es, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral –en la medida en que el riesgo asumido por el Asegurador fue delimitado causalmente- y con la correspondiente calificación de la pérdida de capacidad laboral por parte de la entidad calificadora.

En este sentido valga anotar que si bien este tipo de Pólizas toman como punto de referencia algunos conceptos e instituciones traídos del régimen normativo de la seguridad social, tales como: fecha de estructuración, Juntas de Calificación de la Invalidez, entre otros, ello no quiere decir que el Asegurador- en tratándose de los seguros de personas- se encuentre impedido de la facultad de exigir requisitos adicionales o, incluso, diferentes a los establecidos en el sistema de seguridad social en punto tocante a la configuración del siniestro de Incapacidad Total y Permanente, conforme a lo previsto por el artículo 1056 del Código de Comercio.

De este modo, resulta inadmisibile la posición del extremo demandante esbozada en el escrito de demanda y, en todo caso, de aceptarse dicha posición, ello equivaldría a mutar ostensiblemente el amparo arriba descrito a tal punto que mi representada se encontraría obligada no sólo asumir la concreción de un riesgo de Incapacidad fuera de la delimitación temporal prevista contractualmente.

En este punto reitero que la configuración de los elementos detonantes de cobertura del amparo “Incapacidad Total y Permanente”, NO se identifican con los requisitos establecidos en el Régimen de Seguridad Social o en los Regímenes pensionales especiales para acceder a una pensión de invalidez.

De esta manera, la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** constituye el insumo fundamental a la hora de interpretar y delimitar el riesgo asumido por el Asegurador, por ende, en virtud de la facultad contractual y normativa prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio, el Asegurador en punto tocante a los elementos configuradores del amparo puede exigir requisitos adicionales o diferentes a los establecidos *ex lege* para acceder a las prestaciones económicas y asistenciales previstas en el Régimen de Seguridad Social, con motivo del estado de invalidez de sus afiliados.

6. Nulidad Relativa del Contrato de Seguro celebrado entre el demandante y METLIFE.

6.1 La nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo en legislación nacional.

El régimen de nulidad relativa del contrato de seguro se encuentra contemplado en el artículo 1.058 del Código de Comercio, y tiene como propósito, de una parte, salvaguardar la pureza del consentimiento del Asegurador en su condición de parte contractual, en lo que concierne a la real entidad del riesgo que pretende serle trasladado por el tomador del contrato de seguro, de esa forma garantiza que exista debida proporción entre la prima o precio del seguro y la entidad del riesgo, garantizando así el pilar del equilibrio técnico – económico que constituye el sustrato de la relación aseguraticia.

Así las cosas, el régimen de reticencias e inexactitudes del contrato de seguro y la consecuente declaración de nulidad relativa del contrato tiene una particular proyección en el negocio jurídico asegurativo al propender por el equilibrio entre la remuneración que percibe el asegurador de cara a la entidad verdadera del riesgo asegurado, permitiéndole decidir, en un caso concreto, si asume o no un determinado riesgo, en atención a los patrones técnicos y estadísticos respectivos, y de los criterios actuariales y matemáticos sobre los cuales se cimenta el establecimiento de la correspondiente prima.

La carga de declarar verazmente el estado del riesgo recae en la esfera de la parte asegurada, quien se encuentra en contacto permanente con el interés que se pretende asegurar, conoce con detalle las circunstancias en las que se desenvuelve y, por consiguiente, los riesgos que se ciernen sobre el mismo. En contraste, el Asegurador no se encuentra en capacidad de inspeccionar de manera previa a la celebración de todo contrato de seguro, los riesgos cuya

traslación pretende hacerse efectiva, de ahí que la carga en comento tenga una particular proyección en el contrato de seguro, pues en ella la ubérrima buena fe en el campo negocial ocupa un rol preponderante, pues sobre ella se edifica la relación aseguraticia.

Al respecto el profesor Andrés E. Ordóñez, anota:

“Mucho se ha discutido si este régimen del artículo 1.058 C.Co. en torno al error inducido en el contrato de seguro, regula en su integridad el tema de los vicios del consentimiento en este contrato, y debe aplicarse sobre cualquier otra norma general relativa a esta materia dentro de las normas que regulan la nulidad del contrato, las cuales no tendrían aplicación en el caso del contrato de seguro. JOSÉ FERNANDO TORRES, en la ponencia presentada a propósito de este tema en el XXIII Encuentro de la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros reunido en Cali en octubre de 2.002, señalaba a este respecto, haciendo una referencian muy útil a la doctrina general sobre la materia y a nuestra propia jurisprudencia:

‘Se discute si el régimen especial establecido en el contrato de seguro le impide o no al asegurador invocar también las reglas del Código Civil, y es éste un aspecto sobre el cual existe división de la doctrina. HALPERIN considera que tales reglas no pueden ser invocadas por el asegurador, en cuanto se trata de un régimen especial, distinto del general de los actos jurídicos. GARRIGUES, por su parte, estima que ‘no podría aplicarse la doctrina de los vicios de la voluntad, porque lo que decide no es posible error motivado por la declaración, sino el hecho de que sean objetivos o verdaderos los datos de la declaración.’ TIRADO SUÁREZ, sin embargo, fue de la opinión, expresada con ocasión de la hipótesis de inexistencia de cuestionario y con anterioridad a las modificaciones efectuadas en 1.990 a la ley española del contrato de seguro de 1980, que este contrato puede ser invalidado si existe error, dolo o falsedad de la causa, con independencia del principio general contenido en la ley del contrato de seguro, pues de lo contrario tal inexistencia constituiría ‘una patente de corso para engañar y defraudar al asegurador que carecería, en consecuencia, de toda protección ante esta actuación...’ STIGLITZ, por su parte, señala que la disciplina de la reticencia ‘en algunas cuestiones puntuales aparece como específicamente aplicable en sustitución del régimen de vicios de la voluntad que regula los contratos’.

La Corte Suprema de Justicia, en sentencia proferida el 13 de noviembre de 1.970 en vigencia del derogado Código de Comercio Terrestre, había señalado que “Al igual de todo contrato, el seguro es rescindible, si cualquiera de las partes, al celebrarlo ha sufrido un vicio del consentimiento por error, fuerza o dolo (arts.

1.602 y 1.508 C.C.). En el contrato de seguro [...] la ley presume que hay vicio en el consentimiento de la asegurador y por ende le otorga la facultad de solicitar la rescisión correspondiente, cuando el declarante ha hecho declaraciones falsas o erróneas o simplemente ha incurrido en reticencias....’ Con lo cual claramente desarrollaba la teoría del Código Civil.

En rigor, el régimen especial contenido en el artículo 1.058 es más exigente o estricto que el régimen general de los vicios del consentimiento y en esa medida se preferirá, naturalmente, al general, en aquellos aspectos en que no exista incompatibilidad, como sucedería en presencia de la fuerza. Pero en punto al error o al dolo, creemos que la reglamentación especial que se refleja en artículo 1.058 citado impide darle curso al régimen general del dolo o del error porque en tal caso ha de entenderse que se está en presencia de una hipótesis reglada que se pone de manifiesto en la reticencia o en la inexactitud. Sería en cualquier caso excesivo pensar que el asegurador pudiese invocar, en sustento de la nulidad relativa, tanto la norma especial como la general, y más aún cuando, como ya se anotó, la primera le brinda una mayor protección.’

A nuestro modo de ver el artículo 1.058 es un desarrollo específico del régimen general de los vicios de la voluntad para el contrato de seguro dirigido a regular el tema del ‘error inducido’ por la conducta de una de las partes, concretamente del tomador, en atención a la carga especial que éste tiene en la etapa previa a la formalización de este contrato, pero la existencia de este régimen especial no descarta la aplicación de las reglas generales sobre vicios del consentimiento cuando se trata de vicios diferentes al error cuando no es inducido por la conducta del tomador. Creo que no es discutible el hecho de que errores en que puedan incurrir tanto el tomador como el asegurado respecto del objeto del contrato, aun no determinados por la conducta de su contraparte, podrían determinar la nulidad relativa del contrato con base en normas generales.

Sin necesidad de hacer un análisis exhaustivo de todas y cada una de las normas del Código Civil que, a partir de su artículo 1508, regulan de manera general los vicios del consentimiento, puede verificarse fácilmente que ninguna de ellas contradice o se opone sustancialmente al régimen del artículo 1058 C. Co.

No obstante, debe anotarse que una particularidad relevante de la regulación del contrato de seguro en punto al error inducido que analizamos, cuando éste es generado por el dolo del tomador, resulta contrastante con el régimen del Código Civil: ella se refiere al fenómeno del dolo incidental, que sí afecta al contrato de seguro cuando normalmente no afecta al resto de los contratos.

El dolo incidental que se encuentra regulado entre nosotros por el artículo 1.515 C.C., es el dolo que no ha sido determinante del contrato mismo, sino de ciertas condiciones suyas. El artículo 1.515 C.C. dentro del régimen general de las obligaciones y de los contratos, de los negocios jurídicos en general, nos indica que cuando el dolo es incidental, y no ha determinado a parte inocente a contratar, no genera nulidad del negocio sino simplemente reparación de perjuicios o disminución de prestaciones. Sin embargo, como lo acabamos de ver, el dolo incidental de la parte asegurada en la declaración del estado del riesgo, que como tal haya llevado al asegurador a contratar en ciertas condiciones, sí genera la nulidad relativa del contrato de seguro. Si estuviéramos frente a un contrato cualquiera, aplicando el régimen general, ese dolo incidental no tendría la virtualidad de generar una nulidad relativa.

El régimen especial establecido en el artículo 1.058 C.Co. respecto del error inducido, presenta además particularidades especialísimas adicionales frente al régimen general de los vicios del consentimiento en dos aspectos fundamentales: a. La preservación del efecto de la causación de la prima en el contrato de seguro declarado nulo por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, b. La desaparición del efecto de la nulidad relativa cuando la inexactitud o reticencia resulta ser debida a error inculpable del tomador. En cuanto al primero, se trata de una excepción al efecto retroactivo que usualmente tiene la declaratoria de nulidad del contrato conforme a la vieja regla consagrada en el artículo 1.746 C.C., con el objeto de preservar el efecto de la causación de la prima a favor del asegurador como sanción económica a cargo del tomador que con su conducta ha determinado indirectamente la nulidad. En cuanto a lo segundo, debe hacerse una análisis más a fondo (...)”⁴

En suma, el régimen de nulidad relativa previsto para el contrato de seguro difiere al previsto por el Código Civil y, por consiguiente, el artículo 1.058 del Código de Comercio es la norma que debe ser aplicada en caso de presentarse inexactitud o reticencia por parte asegurada, eso sí causándose la correspondiente causación de prima a favor de METLIFE, conforme se explicará a lo largo del presente escrito.

⁴ ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ, Andrés E. *Lecciones de derecho de seguros No. 3. Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro*. Ed. Universidad Externado de Colombia. Primera edición, 2004, pp. 24-28

6.2 NO es necesario que se predique una relación causal entre la declaración inexacta y/o reticente y el siniestro para que opere la declaración de nulidad del Contrato de Seguro en los términos del artículo 1.058 del Código de Comercio.

No debe perderse de vista que el régimen de nulidad relativa contemplado en el artículo 1.058 del Código de Comercio, orientado como se ha visto a salvaguardar el equilibrio económico del Contrato de Seguro en lo tocante a la proporción que debe existir entre el riesgo y la prima, no demanda la existencia ni mucho menos la demostración de un nexo de causalidad entre la declaración anómala del tomador y el siniestro producido.

Sobre el particular, la Honorable Corte Constitucional mediante sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 con ponencia del Doctor Jorge Arango Mejía, sostuvo:

“(…) En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o

circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).”

6.3 En virtud de la proyección de la Buena Fe que irradia al Contrato de Seguro en su etapa preliminar o precontractual el Asegurador NO se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el riesgo que le pretende ser traslado por el futuro tomador.

Valga la pena anotar que en virtud del particular régimen normativo que orienta el desarrollo de la institución de la rescisión del Contrato de Seguro por la declaración inexacta y/o reticente en que incurra el candidato a tomador en la esfera contractual, la Corte Constitucional al examinar la exequibilidad del artículo 1.058 del Código de Comercio, señaló enfáticamente que el Asegurador no se encuentra en la obligación de inspeccionar el estado del riesgo. En efecto, en la Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997, en los siguientes términos:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y

contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bonae fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

El régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe. Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios. (...)⁵

6.4 En todo caso, aun en el evento en que realice una inspección del estado del riesgo mediante la realización de los correspondientes exámenes médicos, dicha labor no exime al tomador de cumplir con la carga de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo ni de los efectos nugatorios del Contrato de Seguro.

En efecto, en tratándose de las circunstancias que rodean el estado del riesgo y, en particular, las condiciones del asegurado, en principio suponen necesaria e indefectiblemente, que el

⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 M.P. Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

tomador sea la persona adecuada para declarar en forma idónea sobre sus antecedentes de salud.

De esta manera, aun en el evento en que el tomador haya sido sometido a la práctica de exámenes médicos por parte del Asegurador, dicha circunstancia *per se* no exonera a la parte asegurada de no incurrir en declaraciones inexactas y/o reticentes, por cuanto las labores, pesquisas y demás medios de indagación empleados por el Asegurador apenas constituyen un complemento frente a la información obtenida de primera mano por quien se encuentra en proximidad con el riesgo que pesa sobre su salud, vida o bienes.

Sobre el particular, la Honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado:

“Así, admitiendo, sólo como hipótesis, que al asegurado basta atender estrictamente las preguntas de la declaración dirigida, en el caso presente la respuesta del asegurado a los datos inquiridos por el asegurador fue insuficiente, y en materia grave, pues cuando se vio compelido a responder sobre sus antecedentes de úlceras en el estómago, no podía dejar de informar que había sufrido una de ellas en el esófago, sin caer en desatención del principio de la buena fe. Dicho de otro modo, más allá de si el asegurado cumple con el deber de buena fe con sólo responder por aquello que se le indaga y nada más, en el caso que transita por la Corte el asegurado positivamente fue indagado por la enfermedad, el padecimiento de úlceras, sin que sea susceptible de equívocos la ubicación de esa patología, pues lo cierto es que sí la padeció.

No es entonces relevante el lugar de manifestación de la enfermedad, como lo entiende el censor, en particular porque la pregunta por úlceras del estómago concierne razonable y lógicamente la posible presencia de esa dolencia en las partes componentes o adyacentes al mismo. El principio de buena fe que debe presidir al comportamiento del asegurado queda maltrecho en grado sumo, cuando un asegurado pretende no sentirse preguntado en la encuesta acerca de úlceras antecedentes, si es que las ha tenido en el esófago y no en el estómago, como si la exigencia profesional que se le hace al asegurador por el casacionista, la de proveer un

cuestionario técnico, pudiera llegar al extremo de tener que detallar minuciosamente la compleja anatomía humana y hacer exhaustiva mención de todas las patologías posibles.

En materia contractual la protección de quienes concurren al negocio jurídico requiere el máximo de transparencia posible, de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal viene a estar asociada a la intimidad del asegurado.

Así las cosas, la reserva que rodea la información sobre los datos precisos de la salud del asegurado, hace que éste sea la fuente principal y privilegiada, circunstancia que incrementa en grado sumo el deber de obrar con buena fe. En síntesis, mientras que razonablemente es de esperar que sobre su salud el asegurado lo sepa todo, o por lo menos la información más relevante, el asegurador todo lo ignora. Y si el asegurador buscara información en otro lugar, operarían mecanismos de bloqueo a los datos, veda justificada por el derecho a la intimidad.

Así las cosas -se insiste-, la fuente privilegiada -aunque no exclusiva- de conocimiento es el propio asegurado, porque autoriza el acceso a la historia clínica, permite el examen de su cuerpo o brinda los datos correspondientes, ya sea llenando una encuesta médica o a través de una entrevista con el galeno.

Esta especie de 'monopolio' del conocimiento que maneja el asegurado sobre el estado de su salud y los antecedentes médicos, viene a justificar aún más la imposición de un especial deber de conducta que le conmina a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador, pues no se brinda a cualquiera. Por todo ello, es reprochable la conducta del asegurado que se escuda en que calló un dato significativo porque sobre él no le

indagaron, aunque, repítase, razonablemente una pregunta sobre úlceras en el estómago comprende razonablemente las del esófago.”⁶

6.5 La declaración del estado del riesgo con arreglo al formulario propuesto por el Asegurador

La legislación mercantil parte del presupuesto, según el cual, la declaración en torno al estado del riesgo se efectúa en torno al cuestionario formulado por el asegurador, por consiguiente, limita el alcance de la inexactitud y/o reticencia a los interrogantes que ha planteado. Adicionalmente, la existencia del cuestionario alivia la carga de la prueba en torno a la modalidad culposa o dolosa de la declaración inexacta y/o reticente.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, se corrobora con los medios de prueba aportados con el presente escrito que mi representada formuló al asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, el correspondiente cuestionario relativo a su estado de salud, según se comprueba con el certificado de seguro – Declaración de asegurabilidad- y el documento denominado “declaración personal de salud”, debidamente suscritos por el asegurado.

6.6 Análisis del caso concreto: la configuración de la nulidad relativa del Contrato de Seguro instrumentado en la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722.

El señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA ingresó como asegurado a la Compañía que representó el día 18 de junio de 2015.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Casación Civil del 19 de diciembre de 2.005. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

En virtud del negocio jurídico asegurativo celebrado entre las partes, el deber indemnizatorio y la producción de efectos finales del referido contrato, se hallaba supeditado al cumplimiento de las cargas, deberes y obligaciones a cargo del Tomador y Asegurado, incluyendo la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo (concerniente a sus condiciones de salud) de conformidad con el cuestionario propuesto por el Asegurador METLIFE.

Valga anotar que el día 18 de junio de 2015 en forma previa a la celebración del contrato de seguro y al asentimiento de METLIFE, el asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA diligenció el cuestionario adjunto a la Solicitud de Seguro Campaña Vida, respondiendo en forma negativa a las siguientes preguntas:

“(…) ¿Ha padecido **alguna enfermedad crónica**, ha recibido tratamiento **médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles** o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, **trombosis**, Malfuncionamiento de los Riñones o infecciones por VIH o SIDA? NO.

(…) ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Riñones? NO.

(…) ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbrado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO.

(…) ¿Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido **incapaz de desarrollar actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años** NO (…)

Entiendo y acepto que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha

de contratación, ni enfermedades graves (Cáncer, Infarto, Evento Cerebrovascular, Insuficiencia Renal y By-Pass), diagnosticadas durante el período de carencia de 90 días. (...)”

El señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, presentó la correspondiente reclamación ante METLIFE con el fin de afectar el amparo básico de “Incapacidad Total y Permanente”, presentando para tal fin el Formulario de Reclamación correspondiente, entre otros documentos. Valga anotar que el presente reclamo fue tramitado por mi representada bajo el número 18601753.

No obstante, mi representada METLIFE mediante misiva de fecha 10 de enero de 2020, le comunicó al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA que el pago pretendido es improcedente, en la medida en que el Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa, toda vez que el asegurado incurrió en reticencias e inexactitudes al momento de declarar el estado del riesgo, conforme a lo establecido por el artículo 1.058 del Código de Comercio.

En efecto, a la luz de la información consignada en el Dictamen de Régimen Especial para Docentes Fiduprevisora se constató que el asegurado se encuentra en estado de invalidez por pérdida de capacidad laboral del 71,9% por la enfermedad común de cofosis mixta derecha súbita asociado a tinnitus y vértigo periférico con una fecha de estructuración del 10 de julio de 2019.

No obstante, en la citada misiva de objeción METLIFE puntualizó que:

“El dictamen registra evento de pérdida súbita de la agudeza auditiva del oído derecho asociado a tinnitus en el año 2010, durante la consulta en

octubre de 2012, la historia de la IPS Médicos Asociados hace referencia sobre la presencia de hipoacusia derecha con vértigo, antecedente conocido ya en el año 2010, en marzo de 2013 se registran los antecedentes de hipoacusia derecha y dislipidemia.

Considerando la información anterior, nuestro Departamento Médico refiere que puede establecerse que se manifestó y diagnóstico con anterioridad al ingreso de la póliza de seguro, las enfermedades relacionadas objeto de la reclamación actual.

En las condiciones de la póliza suscrita, se señala que no hay lugar a pago alguno, cuando el reclamo, tenga su causa, consista en, o sea consecuencia directa total o parcial de: ‘...Condiciones preexistentes, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad que se haya manifestado, diagnosticado o tratado antes de la fecha de iniciación de la vigencia de este anexo...’

Así mismo, las circunstancias médicas relacionadas, además de ser preexistentes, son eventos médicos relevantes que no fueron declarados en la solicitud de seguro diligenciada al ingreso del seguro contratado, antecedentes que, además de haberlos conocido la aseguradora en el momento del estudio del riesgo, ésta hubiere estipulado condiciones más onerosas o se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro.

Es claro, por lo tanto, que, en el contrato contenido en la Póliza suscita, el asegurado incurrió en reticencia e inexactitud, en los términos descritos por el Código de Comercio, en su artículo 1058 (...)”

En ese sentido, de conformidad con la información consignada en la documentación aportada, se constató que el estado de invalidez que aqueja al asegurado se produjo con anterioridad al inicio de la vigencia del contrato de seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, por consiguiente, el mentado contrato se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa, en la medida en que el asegurado manifestó en forma contraria a la realidad que no padecía ninguna de las patologías descritas en el cuestionario adjunto a la declaración de asegurabilidad diligenciada y suscrita por él. Así mismo, omitió el asegurado declarar a cabalidad todas las circunstancias sobre las que versaba el estado del riesgo, esto es, su estado de salud.

Así las cosas, el asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, declaró en forma contraria a la realidad que no padecía ninguna de dichas patologías, ni que había recibido tratamiento por las enfermedades antes referidas al momento de efectuar el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad y del cuestionario propuesto por mi representada, razón por la cual, incurrió en reticencias e inexactitudes.

En vista de lo anterior, METLIFE con amparo en lo previsto en el artículo 1.058 del Código de Comercio y con arreglo a las Condiciones Generales y Particulares de la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, objetó el pago indemnizatorio reclamado por el Convocado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, a través de misiva de fecha 10 de enero de 2020, toda vez que el asegurado había incurrido en declaraciones inexactas y/o reticentes al momento de declarar el estado del riesgo que pretendía trasladar a mi representada.

Así las cosas, el Contrato de Seguro de Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra incurso en **causal de nulidad relativa** y, por consiguiente, a METLIFE no le asiste obligación indemnizatoria alguna en virtud del reclamo elevado por el asegurado.

Por lo demás, valga anotar, que la nulidad relativa en nuestro ordenamiento jurídico es controvertible tanto por acción como por excepción, razón por la cual, teniendo presente que la nulidad relativa que nos ocupa no ha sido subsanada por las causales contempladas en la ley encontrándose, en todo caso, mi poderdante METLIFE dentro del término legal para hacer efectiva su declaración por vía de excepción, deberá el Despacho acoger favorablemente el presente medio exceptivo y, en rigor, desestimar la totalidad de las pretensiones de la demanda.

7. En virtud de la nulidad relativa del Contrato de Seguro documentado en la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722, METLIFE se encuentra facultado legal y contractualmente a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Con fundamento en lo expresado con anterioridad, los Contratos de Seguro instrumentados en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** es **nulo** y, por consiguiente, a METLIFE no le asiste obligación indemnizatoria alguna en virtud del reclamo elevado por el demandante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

Ahora bien, como consecuencia de la rescisión del contrato por **nulidad relativa**, mi representada se encuentra facultada para retener la totalidad de la prima pagada a título de pena, según las voces del artículo 1.059 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: *“[r]escindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.”*

Por consiguiente, teniendo presente que en el caso *sub examine* se encuentran debidamente acreditados los fundamentos fácticos y jurídicos de la declaratoria de nulidad relativa a instancia del Juez debe declararse que mi representada **NO** se encuentra obligada a devolver

las primas pagadas a la demandante, toda vez que por virtud del precepto normativo antes citado METLIFE se encuentra facultada legalmente para retener la totalidad de la prima a título de pena.

8. En el caso *sub examine* no es procedente la “compensación” o “subsanción” del *dolo* del asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA con la eventual culpa a cargo de METLIFE en torno al conocimiento del estado del riesgo.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con anterioridad, no puede echarse de menos que a lo largo del escrito introductor del presente litigio, el actor pretende lograr a ultranza la efectividad del compromiso indemnizatorio a cargo de mi poderdante- a sabiendas que el Contrato de Seguro de Vida Individual documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa, razón por la cual, no debe perderse de perspectiva que la carga del tomador de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo, se encuentra presente en todo el proceso previo a la formalización del contrato, conforme se deduce del artículo 1.058 del Código de Comercio, ya examinado.

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que se encuentra cabalmente demostrada la existencia de declaraciones reticentes e inexactas conscientes del asegurado, es factible colegir que la omisión del deber de declarar sinceramente el estado del riesgo fue intencional y consecuentemente dolosa, sobre circunstancias que resultaba, dada la naturaleza del seguro de vida, no sólo relevante respecto del estado del riesgo sino que determinaba necesariamente la ocurrencia del siniestro apenas celebrado el contrato.

De esta manera surge el siguiente interrogante, ¿puede excusarse ese dolo evidente del señor ROJAS TARAZONA con la culpa del asegurador, incluso en el evento que ésta última

exista? Frente a ello, considero la respuesta al presente interrogante es negativa, conforme procedo a explicar en líneas subsiguientes.

Al respecto, resulta oportuno para los fines del presente litigio el alcance delimitar del conocimiento presuntivo a cargo del Asegurador previsto en el artículo 1.058 del Código de Comercio, en torno a las circunstancias que rodean el estado del riesgo que “*deben ser conocidas por el asegurador*”, con el fin de establecer si es procedente o no subsanar los efectos de la declaración judicial de nulidad relativa, en los casos en que el Asegurador pudo conocer el estado del riesgo que le pretendía ser trasladado, de haberse desplegado las labores de inspección previa del riesgo o, inclusive, la realización de los correspondiente exámenes médicos, entre otras.

En este sentido, llamo la atención del Despacho en el sentido que el Contrato de Seguro es de ubérrima buena fe, razón por la cual, como fue explicado en los acápites precedentes, el Asegurador halla en la declaración de asegurabilidad y el consecuente cuestionario diligenciado por el tomador, los insumos fundamentales con base en los cuales adoptará la determinación de celebrar el contrato de seguro o no, y en caso de ser ello así, establecer la consecuente contraprestación a su favor merced a la matiz objetiva del riesgo, máxime si se tiene en cuenta que éste **NO** se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el estado del riesgo.

De esta manera, ubicándonos en un escenario previo al perfeccionamiento del Contrato de Seguro, el Asegurador se encuentra en situación de desconocimiento de todas las circunstancias que afectan el estado del riesgo y que hayan sido omitidas en forma intencional en la declaración de asegurabilidad, impone un análisis mucho más detallado en atención a las particularidades del caso *sub lite*.

En todo caso, reitero que la mera circunstancia que mi representada METLIFE haya sometido al potencial tomador a la práctica de exámenes médicos con el fin de complementar la información vertida en el cuestionario adjunto a la declaración de asegurabilidad, ello **NO** implica en forma alguna que el tomador se encuentre eximido del deber de informar sincera y verazmente el estado del riesgo que pretendía trasladar al Asegurador.

Al respecto, recalco que la nulidad relativa por inexactitud y/o reticencia se produce aun en los casos en que el tomador aduzca obrar de buena fe o aun en los eventos en que ignore sin negligencia las circunstancias del estado del riesgo.

Por consiguiente, si en estos casos, se produce la nulidad relativa del contrato de seguro, no se explica por qué sería otra la solución en el evento *sub judice*, si se tiene presente que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, no sólo omitió informar verazmente el estado del riesgo sino, incluso, manifestó en forma contraria a la realidad que no tenía ninguna enfermedad y que no había recibido tratamiento médico o que había sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de cinco (5) días consecutivos debido a enfermedad durante los últimos cinco (5) años anteriores a la celebración del Contrato de Seguro con METLIFE.

Al amparo del razonamiento antes esbozado, llamo poderosamente la atención del Despacho en el sentido que **NO** es viable aceptar que el beneficiario demandante derive un lucro, a todas luces, ilícito de un contrato de seguro celebrado en las condiciones antes anotadas.

Por consiguiente, al caso de marras resulta aplicable la previsión normativa prevista en el artículo 1.515 del Código Civil, que a saber enseña:

“El dolo no vicia el consentimiento sino cuando es obra de una de las partes, y cuando además aparece claramente que sin él no hubiera contratado.

En los demás casos el dolo da lugar solamente a la acción de perjuicios contra la persona o personas que lo han fraguado o que se han aprovechado de él; contra las primeras por el total valor de los perjuicios y contra las segundas hasta concurrencia del provecho que han reportado del dolo.” (Negrilla fuera de texto).

Traducido lo anterior al caso que ocupa la atención de la presente *litis*, se concluye que no se produce la invalidez del negocio jurídico en los eventos en que ambos contratantes actúen con dolo. No obstante, dicha solución no es idéntica, frente a los casos en que el tomador actúe con dolo y el Asegurador obre con *culpa*, hipótesis en la cual, el contrato nace a la vida jurídica inmerso en causal de anulabilidad.

Por otra parte, reitero que la esencia de la presente controversia está en la declaración de asegurabilidad, por cuya virtud se hace el asegurador a la información atinente a las circunstancias que afectan el estado del riesgo; la asunción del mismo y el cálculo de la prima se apoyan en la que allí brinde el tomador, quien [sea ésta dirigida o espontánea] tiene en sus hombros una carga de responsabilidad y solvencia que le impone comunicar al asegurador de manera fidedigna, veraz y oportuna de aquellas circunstancias, porque de no ser así nulidad relativa del contrato deviene como sanción del negocio.

En todo caso, aun en el eventual e improbable evento en que el despacho llegase a establecer a cargo de mi poderdante METLIFE un conocimiento presuntivo del estado del riesgo con base en la indagación realizada por éste, ello no comporta, desde luego, que por ese conducto ha de entenderse enterado de aspectos que desbordan los confines de esas indagaciones, sobre los cuales, es natural, no hay lugar a suponer ese conocimiento.

Con arreglo a lo expresado con anterioridad, **NO** es procedente colegir –como erradamente lo pretende el extremo actor- que toda eventual causal de nulidad del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se haya subsanado y, por

consiguiente, dicho negocio jurídico se encuentre en la aptitud para alcanzar el cometido indemnizatorio que se predica respecto de la obligación condicional a cargo del Asegurador. Por consiguiente, las pretensiones del actor se encuentran llamadas al fracaso y así lo deberá declarar el Operador Judicial en la sentencia judicial que ponga término a la presente actuación procesal.

9. Reducción de la prestación del asegurador en el evento en que se demuestre que la reticencia y/o inexactitud halla su origen en un “error inculpable” de la tomadora y asegurada.

En subsidio de los medios exceptivos esbozados, en el lejano e improbable evento en que la H. Delegatura estime que el señor CESAR ALFONSO ROJAS TARAZONA no incurrió en un error culpable concerniente a sus antecedentes patológicos derivados del diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas atrás descritas, deberá el Despacho dar aplicación a lo previsto en el inciso 3° del artículo 1.058 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: *“Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.”* (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, si el Juzgador desestima la excepción de nulidad relativa del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** y, bajo ese entendido, pretende derivar el compromiso indemnizatorio asumido por METLIFE se encuentra en la obligación de reducir la suma asegurada en caso de siniestro merced a la prima adecuada al estado del riesgo, en aras de preservar el equilibrio contractual del referido negocio jurídico asegurativo.

10. Inexigibilidad del amparo de “Renta Mensual Gastos Hogar por ITP por cualquier causa”.

Tomando en consideración que la exigibilidad del amparo de “Renta Mensual Gastos Hogar por ITP por cualquier causa” se encuentra supeditado a que previamente el asegurado demuestre en forma fehaciente que se verifiquen a cabalidad los requisitos del amparo básico de “Incapacidad Total y Permanente”, es dable concluir que, por las razones esbozadas en los acápites precedentes, no es procedente derivar su exigibilidad.

Por lo anterior, tomando en consideración los términos contractuales que han delimitado los amparos contractuales reclamados por el accionante, es procedente concluir que a METLIFE no le asiste ningún compromiso indemnizatorio frente al accionante.

Sin perjuicio de lo anterior, me reservo el derecho de ampliar los fundamentos fácticos y jurídicos que informan el presente medio exceptivo.

11. La Póliza 2005654 -Certificado 722- NO es revocable unilateralmente a instancia de METLIFE.

Sin perder de vista las razones esbozadas con anterioridad, teniendo en cuenta que en la pretensión once (11), el apoderado judicial de la parte actora pretende expresamente la devolución de primas pagadas en los siguientes términos: *“Que como consecuencia de las anteriores declaraciones y condenas, se condene a la COMPAÑÍA METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., a la devolución de las primas cobradas con posterioridad al 10 de junio de 2019 debidamente indexadas, toda vez que había cesado el riesgo asumido por la aseguradora en el Seguro de Vida Grupo denominado Seguro Campaña Vida No. 2005654, Certificado No. 722 y Reclamo No. 18601753, donde figuran asegurado el señor CESAR EFREN ROJAS TARAZONA, ya que al presentarse el siniestro para esa fecha, no procedía*

cobro alguno posterior ante la ausencia de riesgo asegurable; el valor preciso de cada una de las primas lo tiene la compañía de seguros.”

Por lo anterior, resulta imperioso efectuar un pronunciamiento más detallado frente al alcance de dichas aseveraciones de cara a la “continuidad” del contrato de seguro instrumentado en la Póliza objeto de la presente controversia.

En primer lugar, llamo poderosamente la atención del H. Despacho en el sentido que, en tratándose de seguros sobre la vida, el legislador prohibió expresamente la revocatoria a instancia del Asegurador, razón por la cual, mientras no exista una revocación unilateral expresa por parte del tomador [o, en este caso, la asegurada] el mentado Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza 2005654 -Certificado 722-** será inescrutable y, por consiguiente, el Asegurador tendrá la prerrogativa contractual de exigir y causar el pago de las primas hasta la fecha.

A este respecto, puntualizo que el artículo 1.159 del Código de Comercio, prescribe diáfamanamente: **“El asegurador no podrá, en ningún caso, revocar unilateralmente el contrato de seguro de vida. La revocación efectuada a solicitud del asegurado dará lugar a la devolución del saldo del valor de cesión o rescate.”** (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Por lo anterior, hasta tanto no medie una revocación unilateral del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza 2005654 -Certificado 722-** o exista una sentencia judicial que declare la nulidad relativa del contrato de seguro, METLIFE no está facultada legal ni contractualmente, para terminar o revocar unilateralmente el referido negocio jurídico aseguraticio.

Lo anterior, sin perjuicio de la facultad que le asiste a METLIFE de retener a título de pena las primas pagadas hasta el corte atrás referido y las demás, que sean causadas y devengadas

en lo sucesivo, por virtud de lo preceptuado en el artículo 1.059 del Código de Comercio, como consecuencia de la recisión judicial del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza 2005654 -Certificado 722-** por nulidad relativa, conforme fue explicado anteriormente.

12. Prescripción extintiva de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con antelación, aun en el evento en que el Despacho estimase que existe alguna obligación exigible a favor de la parte demandante y respecto de mi representada METLIFE, la misma estaría **prescrita** en los términos del artículo 1.081 del Código de Comercio.

En efecto, el artículo en comento prescribe, a saber:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”

Tomando en consideración que tanto las patologías que originaron la pérdida de capacidad laboral (invalidez) que aqueja al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA -si bien se produjeron con anterioridad al momento en que los riesgos asegurados por METLIFE

comenzaran a correr por su cuenta-, no debe perderse de vista que datan al menos del año 2010, por lo tanto, es procedente colegir que se ha consolidado la prescripción extintiva ordinaria -contabilizada a partir del conocimiento real o presuntivo del hecho base de la acción-, en la medida en que han transcurrido más de dos (2) años a partir del conocimiento de dichas patologías.

En todo caso, aun si se contabilizara frente al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA el término de prescripción extraordinario de cinco (5) años a partir del nacimiento del respectivo derecho, es procedente concluir que han transcurrido, en todo caso, más de cinco (5) años contabilizados a partir de la fecha de manifestación y diagnóstico de las referidas patologías que contribuyeron a desencadenar la pérdida de capacidad laboral.

Así las cosas, todo derecho indemnizatorio que se pudiere derivar frente a METLIFE se ha extinguido inexorablemente por virtud de la prescripción extintiva, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo anterior, me reservo el derecho de ampliar los fundamentos fácticos y jurídicos que informan el presente medio exceptivo en la oportunidad procesal correspondiente.

13. METLIFE NO ha incurrido en mora frente al reclamo elevado por el demandante tendiente a hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente previsto en la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722.

Con arreglo a lo esbozado con antelación, en el caso que nos ocupa **NO** existe incumplimiento culposo alguno atribuible a mi representada METLIFE en la medida en que tal como ha sido explicado con detalle a lo largo del presente escrito, el negocio jurídico instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** -, amén de estar incurrido

en nulidad relativa, no ofrece cobertura frente a las circunstancias fácticas y a las causas que originaron la Incapacidad Total y Permanente que aqueja al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA.

En todo caso, en gracia de discusión, reitero que las circunstancias fácticas y la *causa* invalidez del asegurado CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA corresponden a la realización de una *exclusión*, razón por la cual, al encontrarse debidamente acreditada, NO es procedente derivar compromiso indemnizatorio alguno a cargo de METLIFE y favor de la parte actora.

Adicionalmente, huelga señalar que dentro de las causas generadoras de la ITP que aqueja al accionante se remontan a una serie de patologías previas a la asunción de los riesgos asumidos por mi poderdante, por consiguiente, dando aplicación a lo preceptuado por el artículo 1073 del Código de Comercio, NO existiría responsabilidad alguna a cargo de mi poderdante con motivo del fallecimiento de la asegurada, según fue explicado con anterioridad.

Sin perder de vista lo anterior, resulta imperioso destacar que, en tratándose de la obligación condicional que pesa sobre el Asegurador, es imperioso distinguir entre las nociones de *exigibilidad* y *mora*.

En efecto, el compromiso indemnizatorio a cargo del Asegurador se torna *exigible* cuando se realiza el riesgo asegurado, mientras que el fenómeno de la *mora* es posterior a la ocurrencia del siniestro y su configuración demanda la presentación por parte del asegurado o beneficiario del correspondiente reclamo debidamente formalizado que acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida según las voces del artículo 1.077 del Código de Comercio, y que el Asegurador guarde silencio, esto es, no formule objeción alguna frente al reclamo o no pague la suma asegurada, dentro del plazo previsto en el artículo 1.080 *ibídem*.

Ahora bien, contrario a lo señalado por el actor, los motivos de objeción frente al reclamo indemnizatorio elevado por el demandante comunicados a través de la misiva de fecha 25 de octubre de 2016, constituyen razones legítimas y fundadas a la luz del negocio jurídico asegurativo documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** y del régimen normativo que disciplina el Contrato de Seguro en el ordenamiento mercantil nacional.

En ese sentido, en lo que respecta al requisito del incumplimiento contractual que atribuye el demandante a mi representada, reitero que conforme a las razones que fueron esbozadas en el acápite precedente, la obligación indemnizatoria **no se ha hecho exigible**, toda vez que no se realizó la condición positiva, esto es, la realización del siniestro, por las razones esbozadas a lo largo del presente escrito.

Por otra parte, resulta pertinente aclarar que METLIFE **NO** ha incurrido en *mora debitoris* en la medida en que la objeción al reclamo presentado por el demandante, además de efectuarse dentro del término legal, no corresponde a inexecución de la prestación imputable a *dolo o culpa*.

Ahora bien, al amparo de estas circunstancias, la ausencia de satisfacción de la parte actora en forma alguna se equipara a un evento de mora, en la medida en que el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722 NO** tiene la vocación de producir efectos finales, según ha sido explicado con suficiente detalle en los acápites precedentes. En consecuencia, no es aplicable al caso de marras lo previsto por el artículo 1608 del Código Civil ni mucho menos la previsión normativa contemplada por el artículo 1080 del Código de Comercio.

En efecto, no puede perderse de vista que la responsabilidad contractual se encuentra fundada en la culpa, razón por la cual, es de índole subjetiva. Con base en lo anterior, la responsabilidad contractual presupone, indefectiblemente, la *mora* derivada de la inexecución

o la ejecución inexacta o culposa de la prestación. Lo anterior quiere decir, que existe responsabilidad a cargo del deudor demandado, única y exclusivamente en la medida en que el deudor no haya obrado conforme a la diligencia debida. En contraste con lo anterior, en el caso que nos ocupa, mi representada no se ha constituido en mora respecto de la obligación indemnizatoria reclamada, por las razones esbozadas con anterioridad.

Por otro lado, no puede echarse de menos que el proceder de mi representada **NO** ha irrogado *perjuicio* alguno al reclamante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA. En este sentido, el proceder de METLIFE es consecuente con el propósito de salvaguardar el equilibrio técnico, económico y jurídico del Contrato de Seguro. Por tanto, si mi poderdante ha obrado conforme a derecho **NO** ha irrogado daño a la esfera ajena.

Por lo demás, tal como se ha explicado con suficiente detalle en los acápites precedentes, el marco fáctico en el que se circunscribe el reclamo del accionante CÉSAR ALFONSO DURÁN no reúnen los requisitos contractuales establecidos en la Póliza materia de la controversia, toda vez que las causas que generaron la ITP se gestaron con anterioridad al momento en que ingresó como asegurado a METLIFE. Así mismo, la fecha de estructuración de la invalidez data de fecha anterior al momento de ingreso del asegurado a la Póliza.

Así las cosas, las pretensiones de la demanda han de ser desestimadas en su totalidad, en la medida en que no tienen vocación alguna de prosperidad.

14. Improcedencia de la causación de intereses moratorios.

Al no ser procedente el pago de la suma asegurada contemplada respecto del amparo de “Incapacidad Total y Permanente” previsto en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, reclamados por el demandante en el libelo introductor de la *litis*, es procedente concluir

que no es viable el reclamo de intereses moratorios, pues téngase presente que los mismos tienen un claro matiz sancionatorio derivado del incumplimiento contractual a título de culpa.

Bajo este entendido, es imperioso colocar al Despacho de presente que mi representada no ha incumplido las obligaciones contractuales que le corresponden en virtud del Contrato de Seguro objeto de la presente controversia. En contraste, debe reiterarse al Despacho que en el presente escrito se han esbozado con saciedad las razones por las cuales, las sumas pretendidas por los demandantes **NO** son exigibles ni muchos menos se encuentra el Asegurador en mora.

En consecuencia, no es procedente aplicar lo preceptuado por el artículo 1.080 del Código de Comercio, modificado por el artículo 111 de la Ley 510 de 1999.

15. La responsabilidad de METLIFE se encuentra circunscrita en los términos previstos en las Condiciones Generales y Particulares aplicables a la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722.

Sin perder de vista las consideraciones efectuadas en los acápites precedentes, el contrato de seguro es un contrato por virtud del cual, el Asegurador asume el riesgo que le trasfiere el Tomador, en virtud del pago de la respectiva prima por parte de este último, conforme las condiciones del contrato.

Es así como, las condiciones del contrato de seguro delimitan claramente el riesgo y margen de la responsabilidad que asume el Asegurador con ocasión del contrato.

Así lo establece el artículo 1.047 del C. de Co. al señalar:

“La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

5. La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a la cual se contrata el seguro.

(...)

7. La suma asegurada o el monto de precísalas.

(...)

9. Los riesgos que el asegurador toma a su cargo.

(...)

11. Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.”

Así las cosas, en el evento improbable que el Despacho establezca responsabilidad a cargo de mi representada y decida con fundamento en ello, proferir condena contra mi representada con base en las coberturas otorgadas por la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**, habrá de tenerse en cuenta el monto y extensión de la responsabilidad asumida por la Aseguradora con fundamento en el referido contrato de seguro, en virtud de las condiciones estipuladas al respecto, en la correspondiente Póliza.

16. El compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE se encuentra limitado a la suma asegurada correspondiente al amparo de “Incapacidad Total y Permanente” previsto en la Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722.

Sin perjuicio de las razones esbozadas con antelación, teniendo presente que el derecho de crédito cuya satisfacción pretende la parte actora se encuentra **prescrito**, y sin que ello implique renuncia a la prescripción, en el improbable evento que el Despacho decida proferir condena en contra de mi representada con fundamento en la condena proferida en contra de la demandada para el pago de los perjuicios reclamados por la actora, habrá de tenerse presente que la responsabilidad de la Aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la Póliza.

En efecto, establece el artículo 1079 del C. de Co: *“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074.”*

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del Asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C. de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por parte del Asegurador de los gastos incurridos por el Asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

En sentido, sin que ello implique el reconocimiento de ningún derecho crediticio a favor de los accionantes, el eventual compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE a favor del demandante por concepto del amparo de “Incapacidad Total y Permanente” corresponde a la suma de **\$50.000.000.**

Por su parte, el amparo de “Renta Mensual por Gastos Hogar por ITP por cualquier causa” se encuentra circunscrito a la suma de \$300.000 mensuales hasta por 12 meses, es decir, a la cantidad de **\$3.600.000.**

Sin perjuicio de lo anterior, reitero que en el caso que nos ocupa no es procedente derivar ningún tipo de compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE por las razones explicadas en los acápites que preceden.

17. La genérica.

Solicito al señor Juez decretar de oficio la configuración de cualquier medio exceptivo diferente a los esbozados en el presente escrito, cuya configuración sea debidamente establecida a la luz de las pruebas decretadas y practicadas en el curso del proceso.

VI. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 206 del Código General del Proceso, objeto la cuantía de los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora, por las razones que a continuación se esbozarán.

De conformidad con lo señalado en los acápites de pretensiones y del juramento estimatorio del libelo introductor de la presente *litis*, la parte actora pretende el resarcimiento de los siguientes rubros:

- La suma de \$55.036.790 por concepto del amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP) contemplado en la Póliza materia de la presente controversia.
- La cantidad de \$39'626.484 a título de la cobertura de “Renta Gastos Hogar por ITP por cualquier causa” prevista en la Póliza objeto del presente litigio.
- Los intereses de mora a la tasa prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio, contabilizados a partir del 03 de febrero de 2020 y hasta la fecha en que se verifique el pago total de las obligaciones reclamadas por esta vía judicial frente a METLIFE.

Al respecto, valga señalar que los perjuicios reclamados son inexistentes en la medida en que el Contrato de Seguro Vida Grupo documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa y, en todo caso, las circunstancias fácticas en que se enmarca el reclamo [judicial] elevado por el demandante ante METLIFE carecen de cobertura por virtud de las normas que regulan el contrato de seguro y, en todo, caso corresponden a la realización de una *exclusión* aplicable al referido negocio jurídico asegurativo.

De otra parte, valga señalar que las sumas reclamadas por el accionante distan de las sumas aseguradas contempladas en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722** frente a los amparos reclamados. En efecto, téngase presente que la suma asegurada frente al amparo de ITP corresponde a \$50.000.000 [y no a la suma pretendida por el accionante] y, por su parte, en lo que respecta a la cobertura del amparo de “Renta Mensual por Gastos de Hogar por ITP por cualquier causa” el eventual compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE se encuentra circunscrito a la suma de \$300.000 mensuales hasta por 12 mensualidades, esto es, hasta la suma de \$3.600.000.

Por último, téngase presente que METLIFE objetó oportunamente -en sede extrajudicial- el reclamo elevado por el accionante, razón por la cual, no es procedente imponer a mi representada el pago de intereses moratorios en la forma pretendida en la demanda, máxime si se tiene presente que los motivos de objeción aducidos por la Compañía que represento son serios, legítimos y fundados, razón por la cual, no es viable predicar una mora contractual imputable a METLIFE.

VII. PRUEBAS.

A. DOCUMENTALES.

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de METLIFE expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia con arreglo al cual se constata que el suscrito ostenta la calidad de Apoderado General con funciones de representación judicial y extrajudicial.
2. Condiciones Generales o Clausulados Generales aplicables a la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**.

3. Antecedentes del reclamo (solicitud de seguro, condiciones particulares de la Póliza, certificado individual de cobertura, formulario de reclamación, apartes de la historia clínica del señor TARAZONA ROJAS, carta de objeción y demás antecedentes del reclamo materia del presente litigio).
4. Las demás pruebas que obran en el plenario.

B. INTERROGATORIO DE PARTE.

Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que concurra el demandante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA y rinda interrogatorio de parte sobre los hechos materia de la presente controversia, de conformidad con el formulario que oportunamente le formularé. Con tal fin, el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA recibirá notificaciones en las direcciones físicas y electrónicas suministradas en la demanda y, en todo caso, por intermedio de su apoderado judicial.

C. TESTIMONIAL.

Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para recibir el testimonio del Dr. JORGE RINCÓN PUERTA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C, identificado con la Cédula de Ciudadanía 79.151.716, en su calidad de Asesor Médico de METLIFE, quien depondrá sobre los hechos materia del presente proceso y, en especial, lo concerniente al estudio de asesoría médica de METLIFE realizado en sede de los trámites de reclamación y reconsideración elevados por el demandante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, y del estudio efectuado en relación con la información documentada en la Historia Clínica.

D. EXHIBICIÓN DOCUMENTAL.

- a) Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que el demandante CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, o su apoderado, exhiba la totalidad su Historia Clínica y, en especial, todos los antecedentes médicos y diagnósticos concernientes a las patologías psiquiátricas que desencadenaron su invalidez. Dichos documentos reposan en poder del señor ROJAS TARAZONA.

El propósito de la presente exhibición consiste en demostrar que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor ROJAS TARAZONA a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por el accionante tendiente a hacer efectivo el amparo de ITP contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

- b) Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ exhiba la totalidad su Historia Clínica y, en especial, todos los antecedentes médicos y diagnósticos concernientes a las patologías psiquiátricas que desencadenaron el estado invalidez dictaminado al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA mediante la calificación efectuada por LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ, el pasado 10 de julio de 2019. Dichos documentos reposan en custodia de LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ

El propósito de la presente exhibición consiste en demostrar que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al

momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor ROJAS TARAZONA a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por el accionante tendiente a hacer efectivo el amparo de ITP contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

Toda vez que la exhibición solicitada versa sobre documentos que están en poder de un tercero, solicito comedidamente al Despacho que la providencia que ordene su exhibición se notifique mediante aviso, de conformidad con lo preceptuado por el inciso segundo del artículo 266 del Código General del Proceso.

- c) Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que MÉDICOS ASOCIADOS exhiba la totalidad su Historia Clínica y, en especial, todos los antecedentes médicos y diagnósticos concernientes a las patologías psiquiátricas que desencadenaron el estado invalidez dictaminado al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA mediante la calificación efectuada por LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ, el pasado 10 de julio de 2019. Dichos documentos reposan en custodia de MÉDICOS ASOCIADOS.

El propósito de la presente exhibición consiste en demostrar que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos,

amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor ROJAS TARAZONA a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por el accionante tendiente a hacer efectivo el amparo de ITP contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

Toda vez que la exhibición solicitada versa sobre documentos que están en poder de un tercero, solicito comedidamente al Despacho que la providencia que ordene su exhibición se notifique mediante aviso, de conformidad con lo preceptuado por el inciso segundo del artículo 266 del Código General del Proceso.

E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE.

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 277 del Código General del Proceso, solicito comedidamente al Despacho que conceda a METLIFE un término no inferior a diez (10) días con el fin que aporte Dictamen Pericial elaborado por un Profesional o Entidad Especializada, a fin de establecer con claridad y precisión cuáles fueron las patologías siquiátricas diagnosticadas al señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA, las fechas de su diagnóstico, su incidencia en la invalidez dictaminada por LA UT SERVISALUD SAN JOSÉ, el proceso de diagnóstico de dichas patologías, entre otros puntos materia de la presente controversia.

El propósito del referido Dictamen Pericial consiste en demostrar que el señor CÉSAR EFRÉN ROJAS TARAZONA incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005654 Certificado 722**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por

el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor ROJAS TARAZONA a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por el accionante tendiente a hacer efectivo el amparo de ITP contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

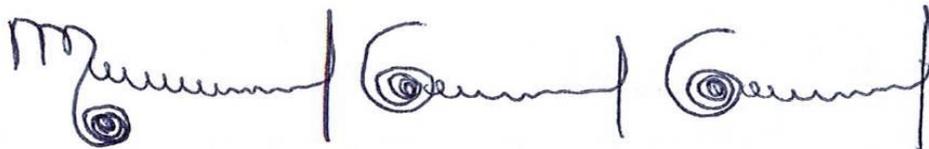
VIII. ANEXOS.

Documentos enlistados en el acápite de pruebas.

IX. NOTIFICACIONES.

1. La parte demandante recibirá notificaciones en la dirección indicada en la demanda.
2. Mi representada **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 99-53 Piso 17 de la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico secretaria.general@metlife.com.co
3. Por mi parte, recibiré notificaciones en la Carrera 7 No. 74 B-56, piso 14 de la Ciudad de Bogotá D.C., y en el correo electrónico: mgarcia@velezgutierrez.com.

Del Señor Juez, respetuosamente,



MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO

C.C. 81.741.388 de Fusagasugá (Cundinamarca)
T.P. 191.849 del C. S. de la J.