

Su ref. 11001400304320210049900

Nuestra
ref. 1074100

Kennedys

Honorable
JUZGADO 43 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C
Vía e-mail:
cmpl43bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
E.S.D

Kennedys Colombia S.A.S.
AV Cra 9 # 115-06
Office 2802 - Edif. Tierra Firme
Bogotá D.C.
Colombia

t +57 1 390 5888

kennedyslaw.com

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

Expediente: 11001400304320210049900
Proceso: Verbal
Demandantes: Rosa Teresa Suárez Buitrago y otros
Demandado: Metlife Colombia Seguros de Vida S.A
Asunto: Contestación demanda

CATALINA BOTERO ARANGO, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., abogada en ejercicio, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.746.988 de Bogotá D.C. y tarjeta profesional No. 231.852 del C.S de la J., actuando en mi calidad de apoderada de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial domiciliada en Bogotá D.C., Colombia e identificada con el NIT 860.002.398-5, conforme al Certificado de Existencia y Representación Legal emitido por la Cámara de Comercio de Bogotá que aporfo, por medio de este escrito procedo a **CONTESTAR** la demanda presentada por Rosa Teresa Suárez Buitrago, Cesar Augusto Buitrago Suárez, Camilo Andrés Buitrago Suárez y María Angélica Buitrago Suárez frente a mi representada. El mencionado acto procesal es presentado en los siguientes términos:

I. OPORTUNIDAD

El Juzgado 43 Civil Municipal de Bogotá (el “Juzgado” o el “Despacho”) mediante providencia de 20 de octubre de 2021, notificada en estado de 21 de octubre del mismo año, admitió la demanda presentada por Rosa Teresa Suárez Buitrago, Cesar Augusto Buitrago Suárez, Camilo Andrés Buitrago Suárez y María Angélica Buitrago Suárez (los “Demandantes”) contra Metlife Colombia Seguros de Vida S.A (“Metlife”).

En la citada providencia, el Juzgado dispuso que el término de traslado otorgado a Metlife sería de 20 días hábiles, así:

Kennedys is a trading name of Kennedys Law LLP.

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

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

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

“1.1 De conformidad con el artículo 369 del C.G.P de la demanda se corre traslado a la parte demandada por el término de veinte (20) días.

1.2 Procédase a notificar a la parte demandada en la forma establecida por el artículo 8 del Decreto Legislativo 806 de 2020 y el artículo 289 y s.s. del Código General de Proceso”. (Se destaca)

De acuerdo con lo anterior, el 18 de marzo de 2022 la apoderada de los Demandantes remitió a mi representada copia de la demanda, sus anexos y el auto admisorio de la misma, con el fin de surtir el trámite de notificación personal previsto en el Decreto 806 de 2020.

En ese sentido, la notificación del auto de 20 de octubre de 2021 se perfeccionó el 23 de marzo de 2022 y el término de traslado de 20 días - de conformidad con el artículo 369 del Código General del Proceso (“CGP”) - comenzó a correr el 24 de marzo de 2022. Ahora bien, deberá tenerse en cuenta que no corrieron términos los días 11, 12 y 13 de abril por la vacancia judicial de Semana Santa, razón por la cual el término de traslado vencerá el 27 de abril de 2022.

De acuerdo con lo anterior, este escrito es presentado en forma oportuna ante el Despacho.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

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

III. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

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

1 Frente al hecho PRIMERO:

Es cierto y aclaro

Las afirmaciones contenidas en este numeral son ciertas, no obstante, procedo a realizar las siguientes precisiones:

- (a) Es cierto que entre el señor Augusto Alfonso Buitrago Triviño (el “Asegurado”) y Metlife se celebró un contrato de seguro de vida instrumentado en la Póliza Reajutable de Accidentes Personales No. 1054487. En todo caso, me remito al contenido literal e íntegro de la misma.
- (b) Se pone de presente desde éste momento al Despacho, que la Póliza No. 1054487 era una póliza colectiva, en la cual figuraba como tomador Intermarketing, pero en el año 2014 pasó a ser una Póliza de Accidentes

Personales Individual, razón por la cual cambió el número con el cual se identificaba al No. 1506460 (la “Póliza”). No obstante, las condiciones generales del contrato de seguro celebrado se mantuvieron. Es por esta razón que los certificados individuales expedidos con posterioridad al año 2014 indican que la Póliza corresponde a la No. 1506460, así como también se señala en las comunicaciones emitidas por Metlife, con ocasión de las solicitudes presentadas por los Demandantes.

- (c) Sin embargo, resulta relevante precisar que, con excepción de la cobertura de renta diaria por hospitalización por enfermedad, las coberturas de la Póliza son asumidas por Metlife en caso de accidente del asegurado, de allí que la Póliza contratada tenga el nombre de “Póliza Reajutable de Accidentes Personales Individual”, tal y como lo indica el Demandante en el hecho primero.
- (d) Es cierto que la Póliza inició su vigencia el 18 de noviembre de 2011 y se renovó año a año hasta la fecha en la cual falleció el Asegurado.

2 Frente al hechos SEGUNDO:

Es cierto y aclaro

Las afirmaciones contenidas en este numeral son ciertas, no obstante, procedo a realizar las siguientes precisiones:

- (a) Es cierto que la Póliza tenía como objeto asegurar varios riesgos en la vida e integridad del Asegurado, no del tomador del seguro como lo indica la parte actora.
- (b) Es cierto que la Póliza contaba con las coberturas de muerte accidental y renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, tal y como se evidencia en el primer certificado individual de la Póliza:

Coberturas, Suma Asegurada y Primas de la Póliza		
Coberturas y Contratos Suplementarios	Valor Asegurado PESOS	Prima Anual PESOS
Amparo: MUERTE ACCIDENTAL	\$50.000.000,00	
Amparo: RENTA DIARIA POR HOSP. X ACC O ENFERMEDAD	\$150.000,00	
Amparo: FRACTURA DE HUESOS Y QUEMADURAS GRAVES	\$1.500.000,00	
Amparo: FRACTURA DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	\$1.500.000,00	

- (c) En todo caso, es importante aclarar que el contrato de seguro se encuentra limitado por los términos, condiciones y exclusiones de la Póliza.

3 Frente al hecho TERCERO:

Es cierto y aclaro

Si bien es cierto que se designaron como beneficiarios de la Póliza a Cesar Augusto Buitrago, Camilo Andrés Buitrago, María Angélica Buitrago y Rosa Teresa Suárez, cada uno en un porcentaje de 25%, dicha designación se hizo por parte del Asegurado y no del tomador de la Póliza, de conformidad con lo establecido en el primer inciso del artículo 1137 del Código de Comercio. En todo caso, me remito al contenido literal e íntegro de la Póliza y lo establecido en el condicionado de la misma, en especial, las definiciones y alcance de cada una de las coberturas contratadas.

4 Frente al hecho CUARTO:

Es cierto y aclaro

Es cierto que los amparos de muerte accidental y renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad tenían los valores asegurados que se indican, para una de las vigencias de la Póliza.

5 Frente al hecho QUINTO:

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Sea lo primero advertir que Metlife desconoce lo relacionado con la hospitalización del Asegurado. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque su acreditación corresponde a la parte actora.
- (b) Sin perjuicio de lo anterior y verificada la historia clínica aportada con la demanda y la aportada a la aseguradora con la solicitud de indemnización, se señala que **no es cierto** que el Asegurado haya estado hospitalizado por 142 días, pues la sumatoria de los días en los cuales pudo haber estado hospitalizado el Asegurado solo arroja 49 días, lo cual difiere de manera considerable de lo indicado por la parte actora.

6 Frente al hecho SEXTO:

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) **Es cierto** que se cumplió con el pago de la prima de la Póliza durante la vigencia de la misma.

- (b) Que el contrato se haya cumplido a cabalidad **no es un hecho**, se trata de una consideración jurídica de la parte actora que le corresponde acreditar a lo largo del proceso, pues en el contrato de seguro la única obligación por parte del tomador y/o asegurado no es pagar la prima.
- (c) Metlife desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales falleció el Asegurado por tratarse de asuntos ajenos a su actividad. No obstante, con las pruebas que obran en el proceso es posible indicar que el Asegurado sí falleció en la fecha que se indica en el presente hecho.

7 Frente al hecho SÉPTIMO:

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) **Es cierto** que se radicó solicitud de indemnización por parte de la señora Rosa Teresa Suárez, con el fin de afectar la Póliza con ocasión del fallecimiento del Asegurado y los días previos a su muerte en los cual estuvo hospitalizado. En todo caso, me remito al contenido literal y exacto de las solicitudes.
- (b) Es este punto es preciso aclarar que los Demandantes radicaron solicitudes de afectación en dos fechas distintas: el 18 de junio de 2019 y el 14 de julio de 2019. La primera versó sobre la cobertura que denominaron “*muerte natural*” y la cobertura de renta diaria por hospitalización por los tres periodos de tiempo en los cuales estuvo hospitalizado el Asegurado. En el Formulario de Reclamación por Siniestro del 18 de junio de 2019 se lee lo siguiente:

LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO					
Día	Mes	Año	País	Departamento	Ciudad
18	06	2019	COLOMBIA	QUINDIO	ARMENIA
COBERTURAS A RECLAMAR					
<input checked="" type="checkbox"/>	Muerte Natural				
<input checked="" type="checkbox"/>	Renta Diaria Por Hospitalización				
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE FUE AFECTADA POR EL EVENTO					
Nombres y apellidos			C		
AUGUSTO ALFONSO BUITRAGO TRIVIÑO			19179896		
Edad					
66					

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO					
Lugar del siniestro	Fecha del siniestro	Día	Mes	Año	Hora del siniestro
ARMENIA		22	01	2019	12:50:00
Causa del siniestro					
ENFERMEDAD					
Descripción del siniestro					
Hospitalización Enero 22 a Febrero 1. Del 26 abril a 14 de Mayo y del 23 de May al 13 de Junio. 52 d					
Ocupación a la fecha del siniestro					
Pensionado					

- (c) Para la segunda solicitud se radicaron dos Formularios de Reclamación por Siniestro distintos, de los cuales se acompaña soporte con la presente contestación, sin perjuicio de que con la demanda se acompañen dos de ellos.
- (d) **Es cierto** que el 29 de julio de 2019 se expidió por parte de Metlife, objeción a la solicitud de afectación de la cobertura de renta diaria por hospitalización. En dicha objeción, se indicó que no era procedente el pago solicitado toda vez que el Asegurado había alcanzado una edad superior a la establecida en la Póliza, para estar asegurado bajo la cobertura de renta diaria por hospitalización.

8 Frente al hecho OCTAVO:

No es un hecho

Las afirmaciones contenidas en este numeral no corresponden a un hecho, sino a la transcripción parcial de la comunicación emitida por Metlife el 29 de julio de 2019, a cuyo tenor literal y exacto nos atenemos.

9 Frente al hecho NOVENO:

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) **Es cierto** que en el condicionado de la Póliza se encuentra la cláusula que se transcribe. No obstante, se informa al Despacho que la misma corresponde a las edades de ingreso y permanencia en la Póliza en general, para todos los amparos, sin que ello invalide de alguna manera las cláusulas relacionadas con las exclusiones para cada una de las coberturas.
- (b) **Es cierto** que en la Póliza figuraba como asegurado el señor Augusto Alfonso Buitrago Triviño, quien designó como beneficiarios a Rosa Teresa Suárez Buitrago, Cesar Augusto Buitrago Suárez, Camilo Andrés Buitrago Suárez y María Angelica Buitrago Suárez, en un 25% cada uno.
- (c) Respecto a los periodos de tiempo en los cuales supuestamente estuvo hospitalizado el Asegurado, se reitera lo indicado en la respuesta al hecho quinto de la demanda, en la cual se puso de presente que de ninguna manera estos periodos de tiempo suman un total de 142 días.
- (d) De acuerdo con lo anterior, no solo **no es cierto** que haya prueba de que el Asegurado hubiese estado hospitalizado por un periodo de 142 días, sino que tampoco es cierto que mi representada este obligada al reconocimiento y pago de la suma de COP \$23.250.796,00 a favor de los Demandantes por dicho concepto.

- (e) Finalmente, se aclara que si bien la Póliza se renovó, esta solo pudo haber estado vigente hasta la fecha en la cual falleció el Asegurado, pues con su muerte dejo de existir el riesgo asegurado y el interés asegurable -elementos esenciales del contrato de seguro-.

10 Frente al hecho DÉCIMO:

No es un hecho

Lo manifestado en el presente numeral no corresponde a un hecho, se trata de la transcripción parcial de una comunicación emitida por Metlife y consideraciones jurídicas desacertadas realizadas por la parte actora. Lo anterior, teniendo en cuenta que la Póliza establece unas edades de ingreso y permanencia a la misma, sin que ello implique que Metlife genere el pago del valor asegurado de manera automática cuando se produzca la muerte accidental del Asegurado o el mismo sea hospitalizado con ocasión de un accidente o enfermedad, pues tendrá que analizarse en cada caso en concreto, si se cumplen los demás supuestos establecidos en la Póliza para cada una de las coberturas, incluyendo sus exclusiones.

11 Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO:

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Sea lo primero advertir que Metlife desconoce lo relacionado con la hospitalización del Asegurado. Esto, por tratarse de asuntos ajenos a la compañía que represento y porque su acreditación corresponde a la parte actora.
- (b) Sin perjuicio de lo anterior y verificada la historia clínica aportada con la demanda y aportada a la aseguradora con la solicitud de indemnización, se señala que **no es cierto** que el Asegurado haya estado hospitalizado por 142 días, pues los días en los cuales pudo haber estado hospitalizado el Asegurado solo suman 49 días, lo cual difiere de manera considerable de lo indicado por la parte actora.
- (c) Finalmente, es cierto que Metlife asumió el riesgo de muerte y de hospitalización del Asegurado, no obstante se aclara a la parte demandante y se pone de presente al Despacho, que el expedir una póliza no implica de manera automática la obligación de pago por parte de la aseguradora. Para afectar la póliza deben cumplirse los requisitos establecidos en las condiciones generales de la misma, que no se trate de un evento expresamente excluido y que no exista ninguna reticencia y/o inexactitud por parte del Asegurado, entre otros.

12 **Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO:**

No es un hecho

Lo contenido en este numeral no corresponde a un hecho sino a la transcripción parcial del artículo 1058 del Código de Comercio, el cual no resulta aplicable al caso en concreto. En el presente caso no se discute ni se alega por parte de Metlife la reticencia y/o inexactitud en la cual pudo incurrir el Asegurado al momento de contratar la Póliza.

No obstante lo anterior, se pone de presente que Metlife de ninguna manera conoció o debió conocer alguna circunstancia que afectara el estado del riesgo para la fecha en la cual se contrató la Póliza objeto del presente litigio, es decir, para el 18 de noviembre de 2011.

13 **Frente al hecho DÉCIMO TERCERO:**

No es un hecho

Las afirmaciones contenidas en este numeral no corresponden a un hecho sino a consideraciones jurídicas de la parte actora, respecto del riesgo que se obligó a cubrir Metlife.

Adicionalmente, la parte actora señala que la Metlife asumió el riesgo “*en tales circunstancias*” sin especificar a cuales circunstancias se refiere. No obstante, si lo que pretende es indicarle al Despacho que la aseguradora conocía la edad del Asegurado para la fecha de celebración del contrato, esta afirmación es cierta, pero ello no invalida de ninguna manera las razones por las cuales se negó la afectación de la Póliza.

14 **Frente al hecho DÉCIMO CUARTO:**

El presente numeral contiene varias afirmaciones, por lo cual, pasaré a pronunciarme en forma separada sobre cada una de ellas, así:

- (a) Se precisa que la primera solicitud de afectación de la Póliza con ocasión del fallecimiento del Asegurado se recibió el 18 de junio de 2019, mediante el Formulario de Reclamación por Siniestro Solicitud D2019061873 que se aporta con este escrito. En el mismo, se indicó como cobertura a reclamar la de “*muerte natural*”.
- (b) Con ocasión de dicha solicitud, el 20 de junio de 2019 Metlife emitió objeción en la cual indicaba que no era procedente la afectación de la cobertura de “*muerte natural*”, pues dicha cobertura no había sido contratada en la Póliza.

- (c) De acuerdo con lo anterior, **no es cierto** que el 17 de julio de 2019 Metlife haya emitido objeción por la cobertura de muerte, pues como se indicó anteriormente, la objeción fue emitida el 20 de junio de 2019.

15 Frente al hecho DÉCIMO QUINTO:

No es un hecho

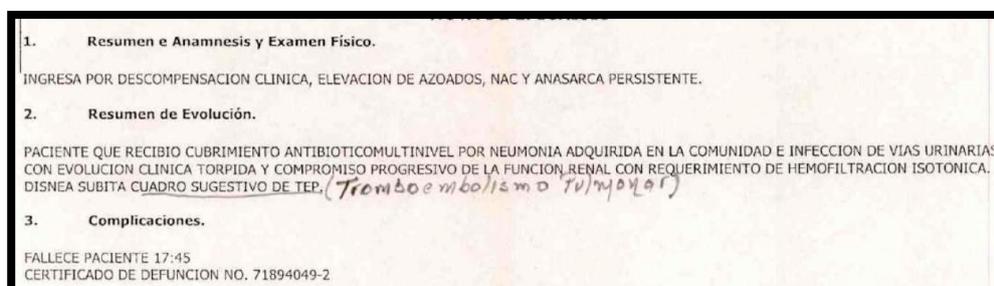
Las afirmaciones contenidas en este numeral no corresponden a un hecho sino a consideraciones jurídicas de la parte actora. Por lo anterior, mi representada no emitirá pronunciamiento alguno.

16 Frente al hecho DÉCIMO SEXTO:

No le consta a mi representada

Las afirmaciones contenidas en este numeral no le constan a mi representada de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- (a) Metlife desconoce las circunstancias de tiempo, modo y lugar en las cuales falleció el Asegurado. Esto, por tratarse se asuntos ajenos a la compañía que represento. No obstante, con las pruebas que obran en el proceso es posible verificar que el Asegurado sí falleció en la fecha que se indica en el presente hecho.
- (b) Respecto a la causa del fallecimiento, en la historia clínica aportada con la demanda, se evidencia que el 13 de junio de 2019 el Asegurado ingresó al centro médico Oncólogos del Occidente, con varias deficiencias en su estado de salud, entre las cuales se encontraban neumonía, infección de las vías urinarias, disnea súbita y tromboembolismo pulmonar, las cuales desencadenaron en su fallecimiento. En la mencionada historia clínica se lee lo siguiente:



17 Frente al hecho DÉCIMO SÉPTIMO:

No es un hecho

Lo indicado en este numeral no corresponde a un hecho sino a consideraciones realizadas por la parte actora respecto de la causa del fallecimiento del Asegurado y que en todo caso, son desacertadas. Lo anterior, teniendo en cuenta que el Asegurado no sufrió ningún accidente que ocasionara su fallecimiento, sino por el contrario se trató de un fallecimiento derivado de varias enfermedades con las que ya contaba el señor Buitrago.

Sin perjuicio de lo anterior, se precisa que la Póliza define qué se entiende por accidente, específicamente para la cobertura de muerte accidental. En la condición primera del condicionado de la Póliza se lee lo siguiente:

CONDICIÓN PRIMERA
Amparo básico: Muerte accidental, muerte por desaparecimiento por causa accidental

LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO SU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.-

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES

AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.-

EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.-

1.1 MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

LA COMPAÑÍA, SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI:

1.1.1. EL EVENTO ES CUBIERTO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES INDICADAS, Y EL AMPARO ESTÁ INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.-

1.1.2. DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO, CON-

18 Frente al hecho DÉCIMO OCTAVO:

No es un hecho

Lo indicado en este numeral no corresponde a un hecho sino a consideraciones realizadas por la parte actora respecto las objeciones de Metlife, las cuales se emitieron dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a lo consignado en el contrato de seguro celebrado con el Asegurado.

19 **Frente al hecho DÉCIMO NOVENO:**

No es un hecho

Lo contenido en este numeral no corresponde a un hecho sino a la justificación de la parte actora para instaurar la presente demanda. En todo caso, se precisa que el pago de una indemnización derivada de un contrato de seguro no impide iniciar el proceso de sucesión, pues puede presentarse el caso -como es el que nos ocupa- que si bien se solicita la afectación de la Póliza, la misma no es procedente toda vez que no se cumplen los supuestos requeridos en el condicionado de la misma para afectar las coberturas solicitadas.

Adicionalmente y como se expondrá más adelante, para la cobertura de renta diaria por hospitalización se establece que el pago del valor asegurado en caso de muerte del Asegurado se hará a los beneficiarios por él designados -en caso de que sea procedente el reconocimiento y pago de dicho valor asegurado-.

20 **Frente al hecho VIGÉSIMO:**

No es un hecho

Lo contenido en este numeral no corresponde a un hecho sino a la justificación de la parte actora para instaurar la presente demanda.

IV. ACLARACIONES RESPECTO A LA PÓLIZA NO. 1054487

La vigencia de la Póliza objeto de la demanda comprende el periodo entre el 18 de noviembre de 2018 y el 13 de junio de 2019.

Se precisa que, para el momento en que fue expedida la Póliza No. 1058847, la misma correspondía a una póliza colectiva cuyo tomador era Intermarketing, pero en el año 2014 pasó a ser una póliza individual a la cual se le asignó el No. 1506460, por ésta razón éste último número es el que se indica en las objeciones y demás comunicaciones emitidas por Metlife.

Ahora bien, como se puede apreciar en los documentos que obran en el expediente, se trata de una Póliza de Accidentes Personales, donde figuraba como asegurado el señor Augusto Alfonso Buitrago Triviño y como beneficiarios de la cobertura de muerte accidental Cesar Augusto Buitrago, Camilo Andrés Buitrago, María Angélica Buitrago y Teresa Suárez, cada uno en un porcentaje de 25% y como beneficiario de la cobertura de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad el mismo Asegurado.

La Póliza en mención, cuenta con las coberturas de (i) muerte accidental; (ii) renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad; (iii) fractura de huesos y

quemaduras graves y; (iv) fracturas de miembros superiores e inferiores, cada uno con su respectivo valor asegurado.

Adicionalmente, en las condiciones generales de la Póliza objeto de la demanda, se estableció el alcance de las coberturas, especificando que los valores asegurados se pagarían al asegurado o al beneficiario, según fuera el caso, siempre y cuando el asegurado sufriera un accidente que causara su muerte o cuando fuese hospitalizado a casusa de un accidente o enfermedad, en los términos y condiciones previstos en la Póliza. Lo anterior, se evidencia en la condición primera del condicionado de la Póliza y en la condición primera del anexo de renta diaria por hospitalización, los cuales se transcriben en lo pertinente:

Condicionado general:

CONDICIÓN PRIMERA Amparo básico: Muerte accidental, muerte por desaparecimiento por causa accidental	
<p>LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO SU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-</p> <p>PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.-</p> <p>TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES</p>	<p>AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.-</p> <p>EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.-</p> <p>1.1 MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.</p> <p>LA COMPAÑÍA, SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI:</p> <p>1.1.1. EL EVENTO ES CUBIERTO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES INDICADAS, Y EL AMPARO ESTÁ INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.-</p> <p>1.1.2. DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO, CON-</p>

Anexo de renta diaria por hospitalización:

CONDICIÓN PRIMERA	
Cobertura	
<p>MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD, CUYO VALOR SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN LA FORMA Y CONDICIONES QUE MÁS ADELANTE SE ESTIPULAN.-</p>	<p>CEPTO SERÁ DE DIEZ (10) DÍAS CONSECUTIVOS POSTHOSPITALARIOS, Y EL VALOR A PAGAR SERÁ EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE DICHA "RENDA DIARIA". A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE MÍNIMO DE UN DÍA; A MENOS DE QUE SE ESPECIFIQUE OTRA ALTERNATIVA EN LA CARÁTULA DE PÓLIZA.-</p>
<p>SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, RELACIONADA CON EL EVENTO CUBIERTO. EL NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS A PAGAR POR ESTE CON-</p>	<p>EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-</p>
	<p>ESTA COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO VIAJES TERRESTRES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.-</p>

De acuerdo con lo anterior, es claro que los seguros de accidentes personales, como es el que nos ocupa en este caso, tienen como objeto pagar al asegurado o beneficiarios, según sea el caso, el valor asegurado señalado para la cobertura que se desea afectar, siempre y cuando **la muerte del asegurado -que es el amparo principal-, sea consecuencia de un accidente** y la hospitalización del asegurado sea como consecuencia de un accidente o enfermedad y, además, se cumplan las demás disposiciones pactadas en la Póliza para cada una de las coberturas.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

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

1 AUSENCIA DE COBERTURA

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

1.1. Reglas de interpretación

En primer lugar, la jurisprudencia ha señalado que la interpretación de los contratos de seguro es restrictiva, por lo que el juez y las partes deben ceñirse a lo estrictamente contratado, examinando con detenimiento los derechos y obligaciones de los contratantes contenidas en el texto del condicionado de la póliza, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la

extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación¹. De acuerdo con lo anterior, en el presente caso es necesario evaluar no solo lo contratado por el tomador y/o asegurado de la Póliza, sino el alcance de las coberturas, o en otras palabras, los requisitos necesarios para afectar las mismas.

En segundo lugar, la interpretación del contrato de seguro debe acatar el riesgo asegurado, por lo que no es dable extender su ámbito ni emplear la analogía o, en palabras de la Corte, no está permitido “*interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido*”², como sucede en el presente caso, en el cual los Demandantes solicitaron la afectación de la Póliza por una cobertura que no se había ofrecido por la aseguradora y, por ende, no se había contratado por el asegurado.

En tercer lugar, el contrato de seguro debe ser interpretado de manera sistemática conforme lo establece el artículo 1622 del Código Civil, el cual señala que las cláusulas de los contratos se interpretan unas por otras y no pueden considerarse como expresiones aisladas³, razón por la cual, si el señor Augusto Alfonso Buitrago Triviño contrató una póliza de accidentes personales cuyo amparo principal -o básico- era su muerte accidental, no pueden pretender los Demandantes que se le dé una interpretación contraria a lo contratado.

1.2. Caso concreto

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

Adicionalmente, de acuerdo con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, Metlife expidió la Póliza, estableciendo de manera clara las coberturas y el alcance de cada una de ellas y en cumplimiento de lo ordenado por la Ley 1328 de 2009, informó de manera clara e inequívoca al Asegurado cuáles eran las coberturas que iba a contratar a través de la Póliza.

Como se ha dicho en líneas anteriores, el señor Augusto Alfonso Buitrago Triviño como Asegurado de la Póliza, contrató -entre otras- la cobertura de muerte accidental que, según el condicionado aplicable a la Póliza, cubre el evento en el

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

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

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de diciembre de 2008. M.P. Arturo Solarte Rodríguez, Rad. 11001310301220000007501.

cual el asegurado fallezca a consecuencia de un accidente. En el certificado individual de la Póliza aportado con la demanda se lee lo siguiente:

CUBIERTURAS	VALOR ASEGURADO	PRIMA ANUAL
MUERTE ACCIDENTAL	54.279.303,00	65.212,00
ESPALMADA DE QUEMADURAS GRAVES	1.637.375,00	41.179,00
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD (1 día de Deductible)	164.736,00	51.000,00

Valga la pena indicar que, de acuerdo con las mismas condiciones de la Póliza, la compañía solo se obligó a “pagar al (los) beneficiario(s) las prestaciones propias de cada uno de los amparos expresamente señalados en la carátula”, especificando además, que la muerte del Asegurado debía tener una causa accidental, tal y como se evidencia a continuación:

CONDICIÓN PRIMERA	
Amparo básico: Muerte accidental, muerte por desaparecimiento por causa accidental	
<p>LA COMPAÑÍA SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO SU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-</p> <p>PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.-</p> <p>TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES</p>	<p>AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES, LA PRÁCTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD.-</p> <p>EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.-</p> <p>1.1 MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.</p> <p>LA COMPAÑÍA, SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI:</p> <p>1.1.1. EL EVENTO ES CUBIERTO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES INDICADAS, Y EL AMPARO ESTÁ INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.-</p> <p>1.1.2. DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO, CON-</p>

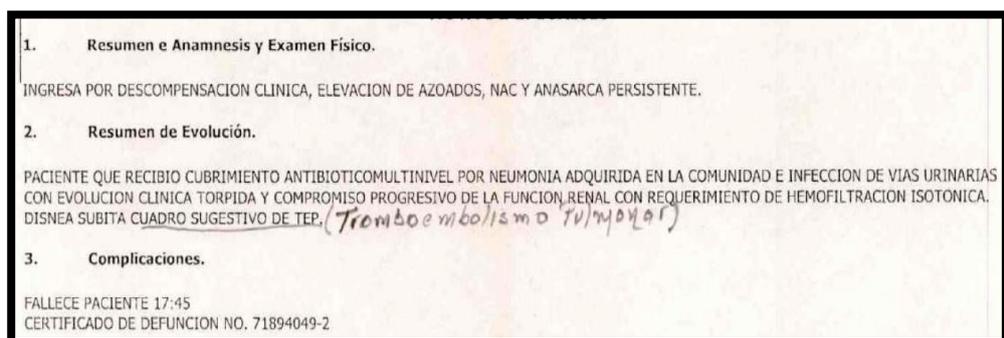
Adicionalmente y según se evidencia en la condición primera del amparo de muerte accidental, en el condicionado también se estableció qué se consideraba por accidente, indicando que se trataba de “todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte”, advirtiendo además que, también se consideraba accidente la “obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad”.

Así las cosas, atendiendo a lo dispuesto en las condiciones de la Póliza, es evidente que aun cuando el asegurado haya fallecido, si no se cumplen los requisitos

establecidos en la Póliza, no habrá lugar a una indemnización derivada del contrato de seguro.

Por otra parte, en los hechos décimo quinto, décimo sexto y décimo séptimo de la demanda, la parte actora indica que *“toda muerte se produce por una enfermedad, un mal funcionamiento interno del organismo o por causas externas”*, por lo que al producirse la muerte del asegurado como consecuencia de una neumonía y/o tromboembolismo pulmonar, ello significa que el fallecimiento fue accidental, agregando que el concepto de *muerte natural* indicado por Metlife en la objeción no existe. La interpretación realizada por la parte actora en estos hechos respecto del fallecimiento del Asegurado y la cobertura contratada, no es de recibo por las siguientes razones:

- (a) De acuerdo con la RAE, la muerte consiste en la cesación o término de la vida, precisando que la muerte puede ser natural, violenta, civil, entre otras. Para el caso de la muerte natural, establece que es *“la que solo se atribuye a la vejez”*. En ese sentido, no es cierto que no exista el concepto de muerte natural.
- (b) Adicionalmente, para el caso de la muerte violenta, la RAE dispone que la misma es *“consecutiva a un traumatismo fortuito o la que se ejecuta privando de la vida a alguien intencionalmente”*, características utilizadas por Metlife para definir el alcance de la cobertura de muerte accidental.
- (c) En la historia clínica del Asegurado se evidencia que la causa del fallecimiento del señor Augusto Alfonso Buitrago, obedeció a los múltiples problemas de salud con los que ingresó al centro médico, entre los cuales se encontraba neumonía y tromboembolismo pulmonar, los cuales desencadenaron en su fallecimiento. En la historia clínica del 13 de junio de 2019 se lee lo siguiente:



- (d) De acuerdo con lo anterior, es evidente que el fallecimiento del Asegurado no obedeció a un suceso violento ni a un suceso imprevisto, repentino o fortuito, pues era a penas lógico que con los diagnósticos que padecía el Asegurado antes del 13 de junio de 2019 se pudiese producir su deceso en un periodo de

tiempo corto, máxime cuando el mismo había estado hospitalizado en varias oportunidades durante ese año como lo manifiesta la parte actora.

- (e) Adicionalmente, no es posible aplicar alguna analogía al caso en concreto en virtud de la cual se equipare un amparo básico de “muerte” a un amparo de muerte accidental, pues es evidente que cubren eventos distintos. Si al momento de crear el producto Metlife dispuso que la Póliza de Accidentes Personales cubriría eventos de origen accidental y el Asegurado al momento de contratar la misma acepta tales disposiciones, no pueden las partes e intervinientes entrar a desconocer esto.

En conclusión, se encuentra plenamente acreditado que el evento por el cual se reclama no se encuentra amparado por la cobertura de muerte accidental ni por ninguna otra cobertura, pues no se ha demostrado que el fallecimiento del Asegurado haya sido accidental. Por esta razón, las pretensiones de la demanda dirigidas al reconocimiento y pago del valor asegurado para la cobertura de muerte accidental deberán ser desestimadas en su totalidad.

2 INDEBIDA ESTIMACIÓN DE LA SUMA PRETENDIDA POR CONCEPTO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Los Demandantes pretenden el reconocimiento y pago de la suma de COP \$23.250.796,00 por concepto de “142 días de hospitalización”, suma de dinero que indican se “obtiene de multiplicar \$163.738 diarios por 142 días”, monto al que tampoco puede acceder este Despacho.

Pues bien, en el presente caso de ninguna manera se encuentra acreditado que el Asegurado haya estado 142 días hospitalizado. Por el contrario, de las pruebas aportadas al expediente se podría afirmar que como máximo su hospitalización comprendió un periodo de 49 días como pasa a exponerse, en la siguiente tabla:

Periodo de tiempo hospitalizado	Total de días hospitalizado
22 de enero al 1 de febrero de 2019	10
26 de abril al 14 de mayo de 2019	18
23 de mayo al 13 de junio de 2019	21
Total	49

Al formular sus pretensiones, los Demandantes tomaron el periodo ininterrumpido del 22 de enero al 13 de junio de 2019, el cual sí da un total de 142 días. No obstante, la parte actora pierde de vista que la cobertura contratada en la Póliza

solo cubre los días que realmente el Asegurado se encuentre en un hospital recibiendo atención médica. Al respecto, en la condición cuarta del Anexo de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Accidente y/o Enfermedad se lee lo siguiente:

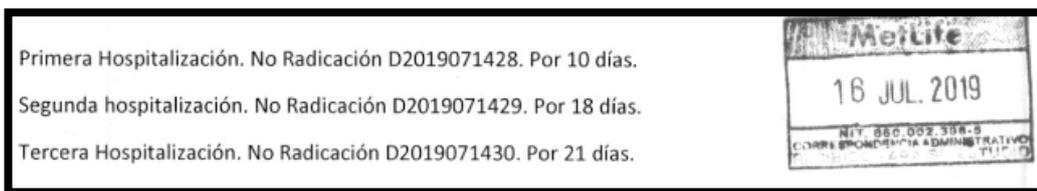
CONDICIÓN CUARTA Definiciones.	HOSPITALIZACION: Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.- HOSPITALIZACION EN CASA: Se entiende que ocurre cuando el Asegurado se encuentra	recibiendo asistencia hospitalaria o clínica en su casa por prescripción médica, requiriendo al menos, un (1) día completo (24 horas) de dicha asistencia, que debe incluir recursos humanos, técnicos, equipos y materiales hospitalarios que permitan realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados propios de hospitales o clínicas.
--	--	---

En ese sentido, queda desvirtuada la pretensión de la parte actora, tendiente a que se le reconozca y pague a la suma de COP \$23.250.796,00 con cargo a la cobertura de renta diaria por hospitalización pro accidente o enfermedad, en calidad de herederos y cónyuge supérstite del Asegurado.

Sobre éste último punto, se precisa que en el eventual e hipotético caso en el cual Metlife estuviese obligada al pago de la renta diaria por hospitalización del Asegurado por el periodo de tiempo debidamente acreditado, dicha suma de dinero se generaría a favor de los mismos beneficiarios y no es necesario el proceso de sucesión para ello, pues en la condición primera del Anexo de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Accidente y/o Enfermedad se establece que en caso de fallecimiento del Asegurado, el valor asegurado de la cobertura se pagará a los beneficiarios designados. La mencionada condición establece lo siguiente:

CONDICIÓN PRIMERA Cobertura.	MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO, LA COMPAÑIA PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD, CUYO VALOR SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN LA FORMA Y CONDICIONES QUE MÁS ADELANTE SE ESTIPULAN.- SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTA COBERTURA SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, RELACIONADA CON EL EVENTO CUBIERTO. EL NÚMERO MÁXIMO DE DÍAS A PAGAR POR ESTE	CONCEPTO SERÁ DE DIEZ (10) DÍAS CONSECUTIVOS POSTHOSPITALARIOS, Y EL VALOR A PAGAR SERÁ EQUIVALENTE AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR DE DICHA "RENDA DIARIA". A ESTA COBERTURA SE LE APLICARÁ UN DEDUCIBLE MÍNIMO DE UN DÍA; A MENOS DE QUE SE ESPECIFIQUE OTRA ALTERNATIVA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.- EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.- ESTA COBERTURA AMPARA AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO VIAJES TERRESTRES, MARÍTIMOS Y AÉREOS DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.-
--	---	--

Finalmente, se pone de presente al Despacho que en la comunicación radicada en Metlife el 16 de julio de 2019, mediante la cual se daba alcance a la solicitud de indemnización de la Póliza objeto del presente litigio, los Demandantes reconocieron que el Asegurado solo había estado hospitalizado 49 días. En la comunicación a la cual se hace referencia y que se aporta con esta contestación se lee lo siguiente:



En consecuencia, se solicita al Despacho desestimar la pretensión de la demanda dirigida al reconocimiento y pago de 142 días de hospitalización del Asegurado.

3 RIESGO EXCLUIDO

En caso de que las anteriores excepciones sean desestimadas por el Despacho, se pone de presente que, en el presente caso, deberá darse aplicación a la exclusión contenida en el numeral 2.3 de la condición segunda del Anexo de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Accidente y/o Enfermedad, tal como pasa a explicarse.

Como se indicó en las excepciones de mérito ya propuestas, de conformidad con el artículo 1056 del Código de Comercio, el asegurador puede a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que esté expuesto el interés o cosa, el patrimonio o la persona asegurada, lo cual quiere decir que, al celebrar el contrato de seguro, el asegurador está facultado para establecer limitaciones o condiciones del riesgo que se compromete a garantizar.

La delimitación del riesgo como facultad del asegurador ha sido ratificada por la jurisprudencia nacional. La Corte Constitucional expresó lo siguiente:

*“Como se desprende del texto de la disposición transcrita [Artículo 1056], las aseguradoras tienen la posibilidad de delimitar los riesgos asegurados, es decir, el contenido del contrato. La facultad que pueden ejercer a su arbitrio no radica, por tanto, en la posibilidad o no de suscribir el contrato, sino en determinar el **contenido de su clausulado**, es decir, en la delimitación del riesgo. De tal artículo se desprende el principio de la cobertura de riesgos estipulados, en virtud del cual la aseguradora tan solo asume aquellos que específicamente se indiquen en la póliza pertinente⁴”.*

Por su parte, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado:

“La finalidad del contrato de seguro y a lo que apunta la intención común de los contratantes de este tipo de negocios jurídicos es obtener cobertura frente a determinados riesgos, cuya realización conduce al pago de la respectiva indemnización (art. 1054 del C. de Co.). Es claro también que el acuerdo de las

⁴ Corte Constitucional, Sentencia T - 517 del 7 de julio de 2006. M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra, Exp.1308125.

partes para que se brinde amparo a una determinada clase de riesgos determina que, en principio, todos aquellos sucesos inciertos que se enmarquen dentro de los parámetros así establecidos sean objeto de la correspondiente cobertura. Sin embargo, es igualmente evidente, por así disponerlo la legislación nacional (art. 1056 del C. de Co), que en el contrato de seguro, y, particularmente, por determinación del asegurador, éste, teniendo presentes las restricciones legales, "podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado". En razón de lo anterior, los riesgos cubiertos en el contrato de seguro serán los que correspondan a la clase de amparo que genéricamente se ofrezca, o los que las partes de manera particular y explícita convengan adicionar, siempre y cuando, en uno u otro caso, respecto de los mismos no se establezca expresamente una exclusión por determinación del asegurador, claro está, aceptada por el tomador al perfeccionar la celebración del respectivo contrato."⁵ (Se destaca)

3.1 Exclusión 2.3. del Anexo de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Accidente y/o Enfermedad

En este caso, las partes en el contrato señalaron en la exclusión 2.3 aplicable a la cobertura de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad, la hospitalización del Asegurado cuando éste superara la edad de 65 años, tal y como se evidencia en el anexo indicado:

CONDICIÓN SEGUNDA Exclusiones.	LA COMPAÑÍA NO PAGARÁ EL BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:	CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.-
	2.1. TODOS LOS INDICADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PRESENTE PÓLIZA, SALVO LA EXCLUSIÓN 2.2 DE LA MISMA.- 2.2. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	2.3. CUANDO EL ASEGURADO HAYA CUMPLIDO SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD.- 2.4. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EDIPEMIAS.-

Pues bien, para la fecha en la cual el Asegurado fue hospitalizado por primera vez en el año 2019, esto es, el 22 de enero de 2019 -de acuerdo con lo indicado en el hecho quinto de la demanda- ya contaba con 66 años 2 meses y 4 días de edad.

Lo anterior, guarda coherencia con lo consignado en la condición tercera del mismo anexo, la cual se refiere a la limitación de la edad para que el asegurado pueda

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 19 de diciembre de 2008, Rad: 11001-3103-012-2000-00075-01 , M.P: Arturo Solarte Rodríguez

afectar la cobertura de renta diaria por hospitalización por accidente o enfermedad. En la mencionada cláusula se lee lo siguiente:

CONDICIÓN TERCERA Limitaciones en edad de ingreso y permanencia.	A ESTA COBERTURA SOLO PODRÁN INGRESAR PERSONAS QUE SE ENCUENTREN ENTRE LOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y LOS CINCUENTA Y NUEVE (59) AÑOS DE EDAD,	TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS Y PODRÁN PERMANECER EN ELLA HASTA QUE CUMPLAN SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS, TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.-
--	---	---

De acuerdo con lo anterior, se encuentra probado que se cumple lo establecido en una de las exclusiones de la cobertura que se pretende afectar y, en ese sentido, no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor de los Demandantes como beneficiarios del Asegurado.

4 INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE PAGO DE INTERESES DE MORA A CARGO DE METLIFE

En el remoto evento en que el Despacho decida valorar la pretensión de intereses de mora, lo cierto es que en este caso no se verifican las exigencias para que Metlife pueda ser obligada al pago de intereses sobre la hipotética condena que sea decretada a su cargo.

En efecto, la eventual obligación que tendría que asumir Metlife está regulada por las normas relativas al contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio. Así, es el artículo 1080 del Código de Comercio el que regula la posibilidad restrictiva, limitada y excepcional de que se ordene a la aseguradora a pagar intereses moratorios al asegurado. Dispone esa norma que tal supuesto solo puede ocurrir en el siguiente evento:

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

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.” (Se destaca)

Conforme a lo anterior, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que la condena por intereses moratorios en contra de la aseguradora es una posibilidad restrictiva, excepcional y que debe estar precedida de su culpa en la apreciación y objeción del siniestro para que tal sanción pueda ser procedente, impidiéndose una condena de

carácter objetivo o automático por este concepto. Al respecto indicó la Corte Suprema de Justicia en un reciente pronunciamiento:

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

En ese orden - prosiguió esta corporación, si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta Sala: En consecuencia el monto líquido de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (...) razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria.” (Se destaca)

Pues bien, en este caso no se encuentran cumplidas las exigencias para que pueda ordenarse una condena por intereses moratorios a cargo de Metlife, pues no se ha acreditado la ocurrencia del siniestro.

Así, al no estar demostrado el siniestro y habiéndose objetado la reclamación es que aún en el remoto evento en que el Despacho encuentre que se debe afectar la Póliza con ocasión de los hechos de la demanda, no podría condenar a mi representada al pago de intereses moratorios sobre la suma que llegara a ser ordenada a pagar.

Ahora bien, los Demandantes solicitan el pago de intereses desde el 14 de julio de 2019 perdiendo de vista lo establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio, según el cual la compañía de seguros tiene un mes para generar el pago del valor asegurado de la cobertura que se pretende afectar o un mes para objetar la solicitud. En ese sentido, la aseguradora tenía un mes contado a partir de la fecha en la cual los Demandantes acreditaran la ocurrencia del siniestro en los términos establecidos en la Póliza, lo que no se cumplió como se ha expuesto a lo largo de este escrito.

Por lo anterior las pretensiones relativas a intereses moratorios frente a Metlife, reitero, deben negarse.

5 LA RESPONSABILIDAD DE METLIFE ESTA LIMITADA AL VALOR ASEGURADO

Sin perjuicio de lo anterior, es evidente que la responsabilidad de Metlife está limitada por el valor de la suma asegurada establecida en el contrato de seguro, suma por encima de la cual, en consecuencia, no se podrá proferir condena en su contra.

6 SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS, LÍMITES, EXCLUSIONES Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PÓLIZA

Respetuosamente solicito al Despacho tener en cuenta todos los términos, límites, exclusiones y condiciones particulares y generales establecidos en la Póliza expedida por Metlife, los cuales determinan el alcance de las eventuales obligaciones de mi representada en este caso.

7 GENÉRICA

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

VI. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

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

- 1 Los Demandantes solicitan la suma de COP \$54.879.303, la cual indican que corresponde al valor asegurado de la cobertura de muerte accidental de la Póliza, no obstante, como se expuso en las excepciones de mérito de la presente contestación y como se expondrá a lo largo del proceso, el Asegurado no falleció por causas accidentales y, en ese sentido, no hay razones para afectar la cobertura de muerte accidental de la Póliza, según la cual solo hay lugar al pago del valor asegurado en los eventos en los cuales el Asegurado fallezca por causas netamente accidentales.
- 2 Adicionalmente, no hay lugar al reconocimiento de 142 días de hospitalización a favor de los Demandantes como beneficiarios del Asegurado, pues no existe prueba alguna en el expediente con la cual se acredite que el Asegurado estuvo hospitalizado por un periodo de 142 días. Por el contrario, con las pruebas que se allegan con la misma demanda, solo se acreditan 49 días de hospitalización.

VII. PRUEBAS Y ANEXOS

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

Documentales

- 1 Certificado de existencia y representación de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- 2 Certificado de existencia y representación de Metlife Colombia Seguros de Vida S.A. expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.

- 3 Copia del certificado individual de la Póliza para la fecha de expedición de la misma.
- 4 Copia del certificado individual de la Póliza para la vigencia 2017 a 2018.
- 5 Copia del certificado individual de la Póliza para la vigencia 2018 a 2019.
- 6 Copia del certificado individual de la Póliza para la vigencia 2019 a 2020.
- 7 Copia del condicionado aplicable a la Póliza.
- 8 Copia del formulario de siniestro D2019061873 radicado el 18 de junio de 2019.
- 9 Copia de la constancia de radicación de aviso de siniestro el 18 de junio de 2019.
- 10 Copia de la comunicación emitida por Metlife el 20 de junio de 2020 solicitando información adicional.
- 11 Copia de la objeción emitida por Metlife para la cobertura de muerte accidental el 20 de junio de 2019.
- 12 Copia del formulario de siniestro D2019071429 radicado el 14 de julio de 2019.
- 13 Copia del formulario de siniestro D2019071430 radicado el 14 de julio de 2019.
- 14 Copia del alcance a la solicitud de indemnización radicada por el beneficiarios el 16 de julio de 2019.
- 15 Copia de la historia clínica radicada por los beneficiarios.
- 16 Copia de la objeción emitida por Metlife para la cobertura de renta diaria por hospitalización el 29 de julio de 2019.
- 17 Copia de la reconsideración radicada por los beneficiarios.
- 18 Copia de la respuesta a la reconsideración emitida por la Metlife.
- 19 Copia de la constancia de envío de la respuesta a la reconsideración a los beneficiarios.

Se informa que a todos los documentos que requieran clave, se puede acceder con el número de cédula del Asegurado 19179896.

Interrogatorio de parte

Solicito al Despacho que decrete el interrogatorio de parte que deberá absolver la parte demandante, a saber:

- 1 Rosa Teresa Suárez Buitrago.
- 2 Camilo Andrés Buitrago Suárez.
- 3 María Angelica Buitrago Suárez.
- 4 Cesar Augusto Buitrago Suárez.

Declaración de parte

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

VIII. NOTIFICACIONES

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

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

Del Honorable Despacho, con toda atención,



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