

Señor
JUZGADO TRECE (13) CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE BOGOTÁ
Correos: Cmpl13bt@cendoj.ramajudicial.gov.co;
E. S. D.

Referencia:	Proceso Verbal de Responsabilidad Civil Contractual de Menor Cuantía de BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN vs ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Correos electrónicos: notificacionesjudiciales@allianz.co ; eidelman.gonzalez@kingsalomon.com ; cbsegurosa@gmail.com Radicado: 2020- 00040 <ul style="list-style-type: none">• Póliza de Vida Grupo Contributiva # 21950260• Sinistro número 59906611
--------------------	---

EIDELMAN JAVIER GONZÁLEZ SÁNCHEZ, orgullosamente colombiano, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando como **apoderado general** de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., por medio de la Escritura Pública 4874 del 19 de Diciembre de 2008 ante la Notaría 23 de Bogotá, y que fuera registrada en el registro mercantil de acuerdo al certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá manifiesto a usted que acepto el poder encomendado por la sociedad **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, que se Anexa al presente escrito. De conformidad con esos documentos solicito a usted me reconozca personería jurídica para actuar.

I. TÉRMINO DE NOTIFICACIÓN

El presente caso fue notificado de manera personal a mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. el día **10 de marzo de 2020**, del Auto admisorio de la demanda de fecha **6 de febrero de 2020** y notificado por Estado el **7 de febrero de 2020**.

Posteriormente comenzará a correr el término respectivo para la contestación de la demanda, en este caso de **veinte (20) días**, por lo que vencerían entonces el día **24 de Julio de 2020**.

Teniendo en cuenta que los despachos judiciales **suspendieron términos** a partir del **16 de marzo de 2020**, hasta el **1 de julio de 2020**, el término para contestar la presente demanda vencería el **24 de julio de 2020**.

Así las cosas, y en virtud de mi encargo procedo a ejercer el derecho de contradicción en nombre de mí representada, dentro del término legal y procedo a **contestar la presente demanda** de la siguiente manera:

II. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO (2.1): "El día 01 de agosto de Dos mil nueve (2009), mi representada, señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, fue incluida como asegurada dentro de la Póliza de Seguro de Vida Grupo de Educadores, Certificado N ° 5574, con la compañía de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A - SEGUROS DE VIDA SURA".

RESPUESTA: No me consta, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No me consta, que la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN haya ingresado en calidad de asegurada el día **1 de agosto de 2009** a la **Póliza de Seguro de Vida Grupo Educadores, con**

certificado #5574, con la **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** (quien no es parte en el presente proceso).

Sin embargo, se debe aclarar a su despacho que mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. aceptó asegurar a los trabajadores de la **GOBERNACIÓN DEL CESAR**, en un seguro de vida grupal, grupo de personas que en el pasado estaba siendo asegurados por **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso)

Debido a esa operación se celebró un **nuevo contrato de seguro** con mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en el que se pactó una continuidad con ciertas restricciones.

En éste **nuevo contrato** se estableció una cláusula de continuidad bajo las siguientes restricciones de acuerdo con el **NUMERAL 10** del **CONDICIONADO PARTICULAR** de la **Póliza Seguro de Vida Grupo Contributiva #21950260 (página 14)**:

“(…)

10. CONTINUIDAD

Queda convenido que la compañía otorga el beneficio de la continuidad de la cobertura, definida como la extensión de las condiciones que traía el asegurado respecto a edad, valor asegurado el cual no puede superar \$140.000.000 y estado de salud, bajo la póliza de seguros inmediatamente anterior a la vigencia de la presente póliza.

Los términos y en las condiciones que a continuación se precisan:

1. *De este beneficio solo gozan las personas que venían aseguradas con la anterior compañía, al momento inmediatamente anterior al inicio de la vigencia del presente contrato.*

2. **La compañía asume los riesgos bajo los términos y condiciones de su contrato de seguros y no extiende su cobertura a las condiciones contractuales que pudieran traer el grupo asegurado con la anterior compañía.**

3. **Las extraprimas y limitaciones del riesgo que hayan sido impuestas por la anterior compañía de seguros regirán para el presente contrato y deberán ser informadas en el listado de asegurados, sin perjuicio de aquellas que puedan ser impuestas por esta aseguradora para los demás casos.**

4. *La continuidad solo aplica para las coberturas que traía el Tomador con la anterior aseguradora. Si se otorga una nueva cobertura en la vigencia que inicia con Allianz Seguros de Vida S.A., no existirá continuidad para dicha cobertura.*

En virtud de esta cláusula, Allianz Seguros de Vida S.A., se subroga en los mismos derechos y obligaciones que podrían haber asistido a dicha aseguradora, para tal efecto se deja consignada la obligación del tomador consistente en suministrar a ALLIANZ Seguros de Vida S.A., la relación de las personas aseguradas en la compañía anterior, las personas que superen los límites establecidos en esta cláusula deberán cumplir con los requisitos de asegurabilidad que ALLIANZ seguros de Vida S.A., estime convenientes.

(…)

Debido a lo anterior, en este **nuevo contrato** la demandante BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN ingresó a la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**, el pasado **1 de julio de 2016** contratada por la **GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO DEL CESAR** con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., la cual se relaciona a detalle para mejor interpretación del despacho:

Tipo	Seguro de Vida Grupo Contributiva (CONTINUIDAD)
Póliza No.	#21950260
Aseguradora	ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Tomador:	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO DEL CESAR
Grupo Asegurado:	Serán aseguradas todas las personas vinculadas mediante contrato de trabajo; con la entidad tomadora, siempre y cuando tengan su residencia permanente en la república de Colombia. Los Cónyuges o compañeros permanentes, progenitores, hermanos e hijos del asegurado Principal gozarán de cobertura siempre que medie pago de la prima de manera independiente. En ningún caso, el valor asegurado de los familiares relacionados puede ser superior al valor asegurado del asegurado principal. Para efectos de este seguro el grupo asegurado deberá estar conformado por mínimo 100 asegurados, en caso de ser inferior la compañía podrá ajustar estos términos reservándose la facultad de no suscribir la póliza.

Vigencia del seguro:	Desde las 00:00 horas del 01 de julio de 2017 hasta el 01 de agosto de 2018 .					
Intermediario	Agencia Intermediaria en Seguros de Vida. Participación: 100% Sucursal: Cúcuta Comisión de Intermediación Otorgada: 30%					
Amparos y Valores asegurados	COBERTURAS	VALOR ASEGURADO				
		PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
	Muerte	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000	\$25.000.000	\$30.000.000
	Incapacidad total o permanente	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000	\$25.000.000	\$30.000.000
	Indemnización adicional por muerte accidental	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000	\$25.000.000	\$30.000.000
	Beneficios por desmembración accidental	\$10.000.000	\$15.000.000	\$20.000.000	\$25.000.000	\$30.000.000
	Enfermedades graves	\$6.000.000	\$9.000.000	\$12.000.000	\$15.000.000	\$18.000.000
	Renta clínica por enfermedad o accidente	\$20.000	\$30.000	\$40.000	\$50.000	\$60.000
	Renta diaria post hospitalaria	\$10.000	\$15.000	\$20.000	\$25.000	\$30.000
	Renta clínica diaria en UCI	\$20.000	\$30.000	\$40.000	\$50.000	\$60.000
	Renta clínica por cirugía ambulatoria	\$20.000	\$30.000	\$40.000	\$50.000	\$60.000
	Auxilio por canasta familiar (en caso de muerte del asegurado amparada por la presente póliza)	\$750.000	\$1.125.000	\$1.500.000	\$1.875.000	\$2.250.000
Auxilio por maternidad	\$30.000	\$45.000	\$60.000	\$75.000	\$90.000	

Adicionalmente, dentro de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, se establecieron los siguientes planes:

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO				
	PLAN 6	PLAN 7	PLAN 8	PLAN 9	PLAN 10
Muerte	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Incapacidad total o permanente	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Beneficios por desmembración accidental	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Enfermedades graves	\$21.000.000	\$24.000.000	\$27.000.000	\$30.000.000	\$33.000.000
Renta clínica por enfermedad o accidente	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000
Renta diaria post hospitalaria	\$35.000	\$40.000	\$45.000	\$50.000	\$55.000
Renta clínica diaria en UCI	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000
Renta clínica por cirugía ambulatoria	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000
Auxilio por canasta familiar (en caso de muerte del asegurado amparada por la presente póliza)	\$2.625.000	\$3.000.000	\$3.375.000	\$3.750.000	\$4.125.000
Auxilio por maternidad	\$105.000	\$120.000	\$135.000	\$150.000	\$165.000

De acuerdo con la información suministrada con mi cliente, para el momento del siniestro la demandante BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN se encontraba aseguradora con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. dentro del **plan # 7**.

AL HECHO (2.2): "Mi mandante fue incluida como asegurada dentro del contrato de seguro que sirve de base a la presente acción, en la Póliza de Seguro de Vida Grupo de Educadores, como consta en la Solicitud Certificado individual de Seguro No.5574, expedida por el asegurador".

RESPUESTA: No es cierto por impreciso, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No me consta que la demandante haya sido incluida como asegurada dentro de la **Póliza de Seguro de Vida Grupo Educadores** (no indica el número de la póliza) con **certificado #5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso).

Lo anterior en razón a que son hecho de otra aseguradora.

Sin embargo, como se ha explicado la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, ingresó a un **nuevo contrato** con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, la cual fue expedida por mi representada, con los amparos, valores asegurados y coberturas que por economía procesal me remito a lo expuesto en el **HECHO (2.1)**.

AL HECHO (2.3): "En la Póliza de Seguro de Vida Grupo de Educadores, como consta en la Solicitud- certificado individual de seguro No. 5574, se amparó entre otros riesgos, el amparo de Incapacidad Total y Permanente, determinando como valor asegurado la suma de TREINTA MILLONES DE PESOS ML (\$ 30.000.000.00)".

RESPUESTA: No me consta, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No me consta que exista una **póliza de vida Grupo Educadores** con **certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso) y que la misma haya amparado entre otros riesgos, el amparo de incapacidad total y permanente.

Tampoco me consta que esa póliza haya tenido un valor asegurado de TREINTA MILLONES DE PESOS (**\$30.000.000**).

No le consta a mi representada por ser hechos de terceros en los que no tuvo participación, ya que como lo **CONFIESA** la demandante en el **HECHO (2.1)**, el seguro fue contratado con **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso)

AL HECHO (2.4): ". La citada póliza fue renovada anualmente, en los términos pactados".

RESPUESTA: No me consta, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No me consta que la **Póliza de vida Grupo Educadores** (no indica número de póliza) de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso) se haya renovado anualmente como lo aduce la demandante.

Lo anterior en razón a que son hecho de otra aseguradora.

AL HECHO (2.5): "Con fecha 01 de mayo de 2011, mi representada realizó una modificación a la póliza anteriormente mencionada, en el sentido de aumentar el valor asegurado a CUARENTA MILLONES DE PESOS ML (\$ 40.000.000.00) "

RESPUESTA: No me consta, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No me consta que el **1 de mayo de 2011**, la hoy demandante haya realizado modificación al valor asegurado (no indica sobre que amparo o que cobertura) aumentado ese valor asegurado por valor de CUARENTA MILLONES DE PESOS (**\$40.000.000**).

No le consta a mi representada, por ser hechos de terceros en los cuales no tuvo participación.

Sin embargo, dentro de los documentos que obran en el plenario se evidencia un formulario expedido por **INTERSEG (AGENCIA PROFESIONAL DE SEGUROS)**, a nombre la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, en la que se refleja un valor asegurado por la cobertura de incapacidad total y permanente por un valor de **CUARENTA MILLONES DE PESOS (\$40.000.000)**.

Lo anterior como plasmó a continuación:

INICIO VIGENCIA 01/04/2011	FECHA SOLICITUD 30/05/2019	NUMERO POLIZA 21950260
TOMADOR SECRETARIA DEPARTAMENTAL CESAR		COMPAÑIA ALLIANZ

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

TIPO CC	NUMERO IDENTIFICACION 26861924	PRIMER APELLIDO NORIEGA	SEGUNDO APELLIDO CHACON	NOMBRES BETTY DEL ROSARIO
FECHA NACIMIENTO 14/02/1965	GENERO FEMENINO	CEGLARES 3165258253	CORREO ELECTRÓNICO BETTYNORIEGACHACON@YAHOO.ES	
DIRECCION DOMICILIO CARRERA 20 N 0-91		TELEFONO	CUIDAD AGUACHICA	DEPARTAMENTO CESAR
DIRECCION TRABAJO COLEGIO EL CARMEN		TELEFONO	CUIDAD AGUACHICA	DEPARTAMENTO CESAR

DATOS DEL APELADO

TIPO CC	Nº IDENTIFICACION 26861924	NOMBRE NORIEGA CHACON BETTY DEL ROSARIO	FECHA NACIMIENTO 14/02/1965	EJERCICIO 54	GENERO FEMENINO	PARTES/O APELADO PRINCIPAL
------------	-------------------------------	--	--------------------------------	-----------------	--------------------	-------------------------------

COBERTURAS

COBERTURA	VALOR
BÁSICO DE VIDA	40,000,000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	40,000,000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR ACCIDENTE	40,000,000
ENFERMEDADES GRAVES	24,000,000
AUXILIO FUNERARIO	0
BONO GASTOS DEL HOGAR	3,000,000
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACION	80,000
INCAPACIDAD POST-HOSPITALARIA	40,000
RENDA DIARIA POR UCI	80,000
AUXILIO MATERNIDAD/PATERNIDAD	120,000

AL HECHO (2.6): "Con fecha julio 04 de 2017, mi representada señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, la Fundación Avanzar FOS, determinó una Pérdida de Capacidad Laboral, en un porcentaje de 100%, determinando como origen Enfermedad Laboral".

RESPUESTA: No es cierto consta, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No es cierto que la **FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, el **4 de julio de 2017**, haya calificado a la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, con una pérdida de capacidad laboral del **100%**. Pues de la prueba documental arroja que la PCL es del **82.5%**

No me consta que la pérdida de capacidad laboral determinada por la **FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, haya sido calificada como origen de Enfermedad Laboral.

No le consta a mi representada, por ser hechos de terceros en los cuales no tuvo participación

Sin embargo, al revisar el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** aportado con la demanda se puede evidenciar lo siguiente:

1. Calificación:

Descripción Título I	Valor de la deficiencia %
1. Disfonía funcional	60
2. insuficiencia venosa	15
3. Lumbago	7.5
TOTAL	82.5%

4. VARIABLES DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCION DE LAS DEFICIENCIAS	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
1. DISFONIA FUNCIONAL	3	TAB. 3.1; CLASE II	60
2. INSUFICIENCIA VENOSA	4	Tab. 4.2; Clase I	15
3. LUMBAGO	7	Tab. 7.18; Clase I	7,5
4			
5			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			82,5
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)/50)			

Los siguientes diagnósticos fueron el motivo de la calificación:

- a) Disfonía Funcional
- b) Enfermedades de las cuerdas vocales
- c) Insuficiencia Venosa
- d) Lumbago

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:			
FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.			
FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015			
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)	3	7	2017

2. Dentro del **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** en la **Información General** de la **Historia Clínica** de la demandante se indicó lo siguiente:

Fecha	Diagnóstico	Descripción
25 de febrero de 2017	otorrinolaringología	<i>Disfonía de varios años de evolución, a pesar de su tratamiento su evolución ha sido tórpida</i>
26 de octubre de 2016	fonoaudiología	<i>Disfonía constante que afecta su desempeño comunicativo, persisten cualidades nosoacusticas de la voz.</i>

Por lo anterior, de acuerdo con la **Historia Clínica** valorada por los médicos para realizar la Calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante tenía **Diagnósticos** de enfermedades que no solo se encontraban **excluidas en la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, sino que adicionalmente ocurrieron antes del ingreso de la asegurada a la póliza (**1 de julio de 2016**) expedida por ALLIANZ tal y como se explicara en las excepciones de mérito.

AL HECHO (2.7): “La fecha de estructuración de la Pérdida de Capacidad Laboral fue el 03/07/2017”.

RESPUESTA: No es cierto por impreciso, me atengo a lo que se pruebe y explico:

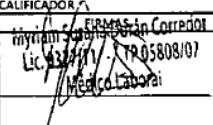
No es cierto, pues aunque en el dictamen referido se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

ESTADO DE LA P.C.L.						
< 5%		INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL		INVAIDEZ	X	MUERTE

5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:
FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.
FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVAIDEZ (DIA, MES, AÑO)		
3	7	2017

CALIFICACIÓN DEL ORIGEN				
TIPO DE EVENTO:	ENFERMEDAD	X	ACCIDENTE	
ORIGEN:	LABORAL	X	COMUN	

6. NOMBRES, FIRMAS, Y REGISTROS DEL EQUIPO CALIFICADOR		
NOMBRES	FIRMAS	REGISTROS
MYRIAM SUSANA DURAN CORREDOR	 Lic. 05808/07 Médico Laboral	LIC. 0377/10 TP: 05808/07

AL HECHO (2.8): "Mediante petición de fecha 18 de julio de 2017, radicada ante el intermediario de seguros INTERSEG LIMITADA, mi poderdante solicitó el reconocimiento y pago de las prestaciones aseguradas bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente, contratado dentro de la Póliza de Seguro de Vida Grupo de Educadores, Certificado N° 5574 de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A - SEGUROS DE VIDA SURA".

RESPUESTA: No es cierto por impreciso, me atengo a lo que se pruebe y explico:

No es cierto que la parte demandante haya presentado una solicitud ante la aseguradora con las cargas establecidas en el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, sino que se presentó una solicitud de pago, generando un **aviso de siniestro** el día **18 de julio de 2017**.

Adicionalmente, esta situación no se realizó ante ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., teniendo en cuenta que como la misma demandante lo **CONFIESA** en el **presente HECHO (2.8)**, que la solicitud la radicó ante la compañía **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** (que no es parte de éste proceso) y con el fin de cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso), y como plasmó a continuación:

AGUACHICA JULIO 18 DEL 2017

Señores
 INTERSEG
 Santander – Bucaramanga
 Asunto:
 SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR: (PENSIÓN DE INVAIDEZ POR ENFERMEDAD PROFESIONAL) I.T.P.

Yo Betty del Rosario Noriega Chacón identificada con la cedula de ciudadanía N° 26.861.924 de Rio de Oro (Cesar) titular de la póliza,

De manera muy atenta me permito solicitar la indemnización correspondiente, a la pensión de invalidez por enfermedad profesional, en acuerdo a la póliza de seguro suscrita con ustedes.

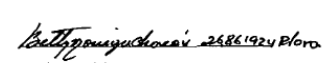
1. Pensión de invalidez por enfermedad profesional

Lo anterior tiene como soporte los documentos y datos personales que a continuación relaciono.

- Carta de solicitud
- Historial medico
- Copia de la póliza
- Calificación médica
- Concepto médico tratante
- Fotocopia de la cedula
- Formato con huella del formato de pago
- Certificado laboral
- Desprendible de pago

AFECTADO: (BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACON)
 IDENTIFICACION: (C.C N° 26.861.924)
 CELULAR: (3165258253)
 EMAIL: (bettynoriegachacon@yahoo.es)
 DIRECCION: (KRA 20 N° 0-91 BARRIO SAN FERNANDO AGUACHICA CESAR)
 CTA BANCARIA: (AHORROS 02401013634-9)

Agradezco su colaboración.
 Atentamente,


 Nombre Y Cedula
 CENTRO DE GESTION DOCUMENTAL

Por lo anterior se concluye que la anterior solicitud de pago del **18 de julio de 2017**:

- a) No cumple con los requisitos del **Artículo 1077 Del Código De Comercio**.
- b) La solicitud de pago efectuada por la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, la dirigió ante los intermediarios **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** y no ante mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
- c) En la mencionada carta no se solicita a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.a., reconocer y pagar indemnización por incapacidad total y permanente.
- d) El demandante intentó cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso) y no la expedida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
- e) Por lo anterior, no es cierto que la demandante presentara reclamación ante ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y mucho menos, que haya radicado la mencionada solicitud de pago con el propósito de que la misma fuera trasladada a mi representada.

Por el contrario, Se advierte que dicha carta no cumple con los presupuestos señalados en el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, es decir la demostración de la ocurrencia y la cuantía del siniestro por parte de la asegurada, la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN.

Sin embargo, se aclara a este despacho que los términos: **(1) Aviso del siniestro y (2) Reclamación** son conceptos diferentes en materia de seguros, por lo siguiente:

En efecto, el **ARTÍCULO 1075 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, definió el **aviso de siniestro** como la obligación en cabeza del asegurado de informar a la aseguradora de la **ocurrencia** del siniestro, tal como veremos a continuación:

" Art. 1075. – El asegurado o el beneficiario estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Este término podrá ampliarse, mas no reducirse por las partes.

El asegurador no podrá alegar el retardo o la omisión si, dentro del mismo plazo, interviene en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro."

Por su parte, la reclamación es la solicitud formal que eleva el asegurado con el fin de que se pague la indemnización consignada en la póliza, siempre y cuando dicha solicitud cumpla con la carga probatoria que exige el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, que corresponde a la obligación en cabeza del asegurado de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro:

"Art. 1077. – Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurado deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad".

Por lo anterior se concluye que la comunicación de fecha **18 de julio de 2017** tenía como finalidad dar **aviso de un siniestro** más **NO** formalizar una **reclamación** ante una compañía de seguros, por no cumplir con los requisitos del **Artículo 1077 Del Código De Comercio**.

Y como se explicó no se dirigió la solicitud a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., sino que la radicó ante la compañía **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** (que no es parte de éste proceso) y con el fin de cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso).

Adicionalmente si lo anterior no fuese suficiente, la demandante no cumplió con el lleno de los requisitos establecidos en el condicionado particular de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** en la **NUMERAL 16. PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS**. en la **(Página 16)**, se estableció:

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.

- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Historia Clínica Completa (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico o de ocurrencia del evento o la patología que generó la invalidez, así como la evolución).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual, secuelas, pronóstico y posible tratamiento.
- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL) sin que sea posible la aplicación de los Manuales de Calificación de Invalidez de los regímenes especiales o exceptuados por la ley 100 de 1993 o leyes complementarias que la sustituyan, en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado.
- Si la causa de la invalidez es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

AL HECHO (2.9): "Mediante comunicación de fecha 16 de agosto de 2017, radicación DIV 01313-2017, la compañía de Seguros ALLIANZ S.A, dio respuesta a la reclamación presentada por mi representada dirigida a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A - SEGUROS DE VIDA SURA, objetando el reconocimiento y pago de la póliza de seguro de vida, teniendo como fundamento por encontrarse excluida la DISFONÍA, entre las coberturas tomadas."

RESPUESTA: No es cierto por impreciso, me atengo a lo que se pruebe y explico:

Mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., no está obligada a reconocer y pagar valor alguno por concepto del amparo de incapacidad total y permanente, a la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN presuntamente amparado dentro de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, toda vez que las enfermedades que sufría la asegurada, concretamente la **disfonía** son causales para el no pago del seguro (**exclusión, reticencia, y preexistencia / ausencia de riesgo asegurable**), tal como se prueba a continuación

1. **Primera (1ª) prueba:** La Exclusión establecida en el **CONDICIONADO PARTICULAR** de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** para el **AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**.

Las exclusiones tienen su sustento legal en el **ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, establece que el asegurado, tiene la obligación:

ART. 1056. —Con las restricciones legales, el asegurador 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.

Por lo que dentro de las condiciones particulares establecidas en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES**, (**página 4**) quedó establecido lo siguiente:

4. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general 25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- Disfonía.
- Trastornos mentales.

De lo anterior, se puede concluir lo siguiente:

- a) Quedó establecido en las condiciones particulares de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, que no se dará cobertura a las incapacidades totales o permanentes que sean derivadas de enfermedades tales como **Disfonía** y Trastornos mentales.

2. **Segunda (2^{da}) prueba:** La **calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017**

En el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** aportado con la demanda se puede evidenciar lo siguiente:

1. Calificación:

Descripción Título I	Valor de la deficiencia %
1. Disfonía funcional	60
2. insuficiencia venosa	15
3. Lumbago	7.5
TOTAL	82.5%

4. VARIABLES DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCION DE LAS DEFICIENCIAS	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
1. DISFONIA FUNCIONAL	3	TAB. 3.1; CLASE II	60
2. INSUFICIENCIA VENOSA	4	Tab. 4.2; Clase I	15
3. LUMBAGO	7	Tab. 7.18; Clase I	7,5
4			
5			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			82,5
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)B/50)			

Los siguientes diagnósticos fueron el motivo de la calificación:

- a) Disfonía Funcional
- b) Enfermedades de las cuerdas vocales
- c) Insuficiencia Venosa
- d) Lumbago

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **"con más de 10 años de evolución"**

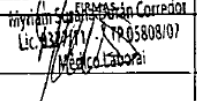
5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:			
FUNDAMENTOS DE HECHO: Padente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.			
FUNDAMENTOS DE DERECHO:		DECRETO 1655 DE 2015	
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)		3	7
			2017

2. Dentro del **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** en la **Información General** de la **Historia Clínica** de la demandante se indicó lo siguiente:

Fecha	Diagnóstico	Descripción
25 de febrero de 2017	otorrinolaringología	Disfonía de varios años de evolución, a pesar de su tratamiento su evolución ha sido tórpida
26 de octubre de 2016	fonaudiología	Disfonía constante que afecta su desempeño comunicativo, persisten cualidades nosoacusticas de la voz.

Por lo anterior, de acuerdo con la **Historia Clínica** valorada por los médicos para realizar la Calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante se tiene que la demandante tenía **Diagnósticos** de enfermedades que se encontraban **excluidas en la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**.

3. A la demandante se le determinó una **PCL del 82.5%**, con fecha de estructuración del **3 de julio de 2017**, como plasmó a continuación:

ESTADO DE LA P.C.L.						
< 5%		INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL		INVALIDEZ	X	MUERTE
5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES: FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A. FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015						
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)				3	7	2017
CALIFICACIÓN DEL ORIGEN						
TIPO DE EVENTO:	ENFERMEDAD	X	ACCIDENTE			
ORIGEN:	LABORAL	X	COMUN			
6. NOMBRES, FIRMAS, Y REGISTROS DEL EQUIPO CALIFICADOR						
NOMBRES		FIRMAS		REGISTROS		
MYRIAM SUSANA DURAN CORREDOR		 Myriam Susana Duran Corredor Lic. 0377/10 TP: 05808/07 Médico Laboral		LIC: 0377/10 TP: 05808/07		

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

Teniendo en cuenta el anterior material probatorio, mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A mediante comunicado del **16 de agosto de 2017 objetó** la solicitud de pago, como me permito transcribir para mayor apreciación del despacho:

“Bogotá, D.C 16 de agosto de 2017
DIV-01313-2017

Señora
BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACON
Carrera 20 No 0-91 San Fernando
Teléfono 3165258253
Aguachica Cesar

Referencia: Póliza de Vida Grupo No. 21950260
Tomador: GOBERNACIÓN DEL CESAR
Reclamo: 59906611

Respetada señora Betty:

Por medio de la presente comunicación, Allianz Seguros de Vida S.A. (en adelante “Allianz”) objeta formalmente la reclamación presentada por el amparo de incapacidad total y permanente, por las siguientes razones:

1. Las compañías de seguros definen los amparos o coberturas que otorga de acuerdo con la forma en que va a asumir el riesgo, en virtud de lo establecido en el artículo 1056 del Código de Comercio.
2. En ese sentido, es posible incorporar en la póliza determinadas estipulaciones, contentivas de circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro, las cuales se conocen generalmente con el nombre de exclusiones.
3. Allianz, en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió incorporar como exclusión, entre otras, que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía.

En este punto, es importante recordar que las condiciones particulares de la póliza establecen lo siguiente:

“[...]4. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general GRU045-V9 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Disfonía**
- Trastornos mentales. (...)” (Negritas fuera del texto).

4. En nuestro caso en particular, Allianz no está obligada, entonces, al pago de la indemnización porque, reiteramos, la póliza no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean consecuencia directa en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió incorporar como exclusión, entre otras, que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía.

En el dictamen aportado para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio determinó que usted presenta una pérdida de capacidad laboral del 82.5% con fecha de estructuración 04 de julio de 2017 y en el ítem DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION registra:

"(...) 1 DISFONIA SECUNDARIA
2 ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES (...)" (Comillas y negrilla ajenas al texto).

Atentamente,

Firma Autorizada

Dirección Indemnizaciones Vida, AP y SOAT
Allianz Seguros de Vida S.A
Carrera 13A No. 29 - 24 Piso 10 – Torre Allianz
Teléfono + 57(1) 560 0600
Bogotá - Colombia

De la anterior comunicación se puede concluir lo siguiente:

- a. La aseguradora indica que éstas definen los amparos o coberturas que otorga de acuerdo con la forma en que va a asumir el riesgo, en virtud de lo establecido en el **ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.
- b. Por lo que es posible que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., incorpore en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260 "exclusiones"**, contentivas de circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro.
- c. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió **incorporar como exclusión**, entre otras, que **tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- d. La aseguradora informa que como quedó establecido en las **condiciones particulares de la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES**, se determinó:

(...)
Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:
· **Disfonía**.
· Trastornos mentales.

- e. La aseguradora reitera que la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean **consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
(...)
- f. La aseguradora, al revisar la documentación aportada con la solicitud, verifico que, en la **calificación de pérdida de capacidad laboral**, se tuvo como diagnóstico:

"(...)
1 DISFONIA SECUNDARIA
2 ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES (...)" (Comillas y negrilla ajenas al texto).

(...)

- g. Conforme lo anterior ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., no está obligada, entonces, al pago de la indemnización por concepto de amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- h. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., **objetó** formalmente la solicitud de pago.

Adicionalmente, mediante comunicación de fecha **21 de septiembre de 2017** mi representada **ratificó la objeción** en los siguientes términos:

"(...)

Bogotá D.C.
Septiembre 21 de 2017

Señora
BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACON
Carrera 20 No. 0-91 Barrio San Fernando
Correo electrónico:
Aguachica- Cesar

Referencia: _ respuesta queja RDP 17/0000880
Póliza Vida Grupo 21950260 / Gobernación del Cesar / Betty del Rosario Noriega Chacón
Reclamo 59906611

Respetada Señora Betty del Rosario:

En atención a su solicitud de reconsideración para el reclamo de la referencia, por la objeción emitida por ALLIANZ, a través de comunicación No. 1313 del 16 de agosto de 2017; nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

Conforme a las normas que regulan el contrato de seguro, "Son parte del contrato de seguro 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos." (Artículo 1037 del Código de Comercio).

Entre ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. (ALLIANZ) y la GOBERNACIÓN DEL CESAR, se celebró contrato de seguro de Vid Grupo, con el objeto de cubrir entre otros amparos, la incapacidad total y permanente de sus asegurados, de conformidad con los requisitos exigidos en la Póliza, con sujeción a las condiciones particulares del contrato y, a las disposiciones legales que lo rigen.

En efecto, las partes en las condiciones particulares de la Póliza del seguro incluyeron como exclusiones para el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la vigencia reclamada lo siguiente:

1. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general GRU045-V9 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Disfonía**
- Trastornos mentales. (...)" (Negrillas fuera del texto).

Por lo anterior, para que se configure la cobertura del amparo en los términos del contrato; esto es que la invalidez se presente dentro de la vigencia de la póliza, y que, a su vez, el evento generador de tal invalidez ocurra igualmente dentro de la vigencia del seguro, es necesario que la incapacidad no se derive de disfonía o trastornos mentales.

Ahora bien, verificando el Dictamen emitido el 04 de julio de 2017, mediante el cual se le determinó una PCL (Pérdida de Capacidad Laboral) del 82.5%, con fecha de estructuración de invalidez 03 de julio de 2017, el cual, forma parte de los principales elementos de juicio revistos de carácter probatorio sobre el cual se funda el análisis de los casos, para valorar la cobertura del evento reclamado, sustentó la invalidez en los diagnósticos de : disfonía secundaria, enfermedades de las cuerdas vocales, insuficiencia venosa y lumbago.

En ese sentido, teniendo en cuenta que la incapacidad total y permanente se deriva de una de las enfermedades excluidas en la Póliza, la invalidez reclamada no es objeto de cobertura.

Esperamos de esta forma haber dejado debidamente claros los argumentos por las cuales ALLIANZ, no pude acceder favorablemente a la solicitud de reconsideración, y ratifica la objeción consignada en comunicación No. 1316 del 16 de agosto de 2016.

Cordialmente

(...)"

De la anterior comunicación se puede concluir lo siguiente:

- a. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió **incorporar como exclusión**, entre otras, que **tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía.**

- b. La aseguradora informa que como quedó establecido en las **condiciones particulares de la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES**, se determinó:

(...)

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Disfonía.**
- Trastornos mentales.

- c. En el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** se puede evidenciar lo siguiente determinó una PCL (Pérdida de Capacidad Laboral) del 82.5%, con fecha de estructuración de invalidez 03 de julio de 2017.
- d. La aseguradora reitera que la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean **consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- e. Conforme lo anterior ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., reiteró que no está obligada, entonces, al pago de la indemnización por concepto de amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- f. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., **ratificó la objeción** presentada.

En este sentido, es claro para las partes y para el despacho que la pérdida de capacidad laboral por de **Disfonía**, no es objeto de cobertura de la presenta póliza.

AL HECHO (2.10): *"En cumplimiento de lo ordenado por la Ley 640 de 2001, mi mandante radicó ante la Procuraduría General de la Nación delegada para asuntos civiles, con fecha del 25 de junio de 2019, solicitud de conciliación prejudicial".*

RESPUESTA: Es cierto, me atengo a lo que se pruebe y explico:

Me consta que el **25 de junio de 2019** la demandante, la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, radicó solicitud de conciliación extrajudicial ante **la PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN- DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES**.

Finalmente, informo al despacho que la **conciliación se declaró fallida** mediante **Acta del 26 de agosto de 2019**.

AL HECHO (2.11): *"El día 26 de agosto de 2019, se llevó a cabo una audiencia de conciliación, sin que exista ánimo de conciliación entre las partes, razón por la cual se declara fallida la misma".*

RESPUESTA: Es cierto, me atengo a lo que se pruebe y explico:

Me consta que el **26 de agosto de 2019**, se llevó a cabo audiencia de conciliación, ante la **PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN- DELEGADA PARA ASUNTOS CIVILES**.

Me consta que la audiencia de conciliación se declaró fallida por falta de ánimo conciliatorio entre las partes.

Lo anterior y que por economía procesal me remito a lo expuesto en la respuesta del **HECHO (2.10)**.

AL HECHO (2.12): *"Prescindo de los demandados GOBERNACION DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y LA AGENCIA DE SEGUROS INTERSEG AGENCIA VIDA SAS, enunciados en el poder".*

RESPUESTA: No es un hecho, es una manifestación del demandante y explico:

Lo anterior no es un hecho es una manifestación de voluntad enunciada por la demandante, en la que informa al despacho prescindir de incoar acción en contra de la **GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CESAR Y DE LA AGENCIA DE SEGUROS INTERSEG AGENCIA VIDA S.A.S**.

III. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Desde éste mismo instante solicito respetuosamente al Señor Juez negar todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante, no solo por carecer de prueba, sino también por carecer de fundamentos fácticos, contractuales y jurídicos que las soporten y en ese sentido solicito sea condenada en costas procesales.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO DE LA DEMANDA

Como sustento a mi oposición solicito respetuosamente al Señor Juez declarar las siguientes excepciones.

A. EXCEPCIÓN: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., NO ESTA OBLIGADA A INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE RIESGO ASEGURABLE EN RAZÓN A QUE ES UN RIESGO NO AMPARADO Y ESTA EXPRESAMENTE EXCLUIDO DENTRO DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO CONTRIBUTIVA #2195020260

Las exclusiones de los contratos de seguros son las situaciones que por razones estadísticas o por razón del análisis probabilístico o por políticas del asegurador, no está dispuesto a cubrir, o en otras palabras riesgos que no son trasladados al asegurador.

Las exclusiones tienen su sustento legal en el **ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, establece que el asegurado, tiene la obligación:

ART. 1056. —Con las restricciones legales, el asegurador 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.

Es así como, mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., no está obligada a reconocer y pagar valor alguno por concepto del amparo de incapacidad total y permanente, a la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN presuntamente amparado dentro de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, toda vez que se encuentra probada una exclusión.

Lo anterior como se desprende las siguientes pruebas:

- 1. Primera (1^{era}) prueba:** La Exclusión establecida en el **CONDICIONADO PARTICULAR** de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** para el **AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**.

Las exclusiones tienen su sustento legal en el **ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, establece que el asegurado, tiene la obligación:

ART. 1056. —Con las restricciones legales, el asegurador 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.

Por lo que dentro de las condiciones particulares establecidas en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES, (página 4)** quedó establecido lo siguiente:

4. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general 25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- Disfonía.
- Trastornos mentales.

De lo anterior, se puede concluir lo siguiente:

- a) Quedó establecido en las condiciones particulares de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, que no se dará cobertura a las incapacidades totales o permanentes que sean derivadas de enfermedades tales como **Disfonía** y Trastornos mentales.
2. **Segunda (2^{da}) prueba:** La **calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017**

En el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** aportado con la demanda se puede evidenciar lo siguiente:

1. Calificación:

Descripción Título I	Valor de la deficiencia %
1. Disfonía funcional	60
2. insuficiencia venosa	15
3. Lumbago	7.5
TOTAL	82.5%

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCION DE LAS DEFICIENCIAS	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
1. DISFONIA FUNCIONAL	3	TAB. 3.1; CLASE II	60
2. INSUFICIENCIA VENOSA	4	Tab. 4.2; Clase I	15
3. LUMBAGO	7	Tab. 7.18; Clase I	7,5
4			
5			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			82,5
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)/50)			

Los siguientes diagnósticos fueron el motivo de la calificación:

- Disfonía Funcional
- Enfermedades de las cuerdas vocales
- Insuficiencia Venosa
- Lumbago

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

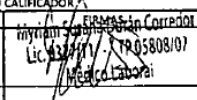
5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:			
FUNDAMENTOS DE HECHO: Padente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.			
FUNDAMENTOS DE DERECHO:		DECRETO 1655 DE 2015	
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)			
	3	7	2017

2. Dentro del **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** en la **Información General** de la **Historia Clínica** de la demandante se indicó lo siguiente:

Fecha	Diagnóstico	Descripción
25 de febrero de 2017	otorrinolaringología	<i>Disfonía de varios años de evolución, a pesar de su tratamiento su evolución ha sido tórpida</i>
26 de octubre de 2016	fonoaudiología	<i>Disfonía constante que afecta su desempeño comunicativo, persisten cualidades nosoacusticas de la voz.</i>

Por lo anterior, de acuerdo con la **Historia Clínica** valorada por los médicos para realizar la Calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante se tiene que la demandante tenía **Diagnósticos** de enfermedades que se encontraban **excluidas en la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**.

3. A la demandante se le determinó una **PCL del 82.5%**, con fecha de estructuración del **3 de julio de 2017**, como plasmó a continuación:

ESTADO DE LA P.C.L.						
< 5%	INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	INVAIDEZ	X	MUERTE		
5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES: FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A. FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015						
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVAIDEZ (DÍA, MES, AÑO)			3	7	2017	
CALIFICACIÓN DEL ORIGEN						
TIPO DE EVENTO:	ENFERMEDAD	X	ACCIDENTE			
ORIGEN:	LABORAL	X	COMUN			
6. NOMBRES, FIRMAS, Y REGISTROS DEL EQUIPO CALIFICADOR						
NOMBRES		FIRMAS			REGISTROS	
MYRIAM SUSANA DURAN CORREDOR		 Lic. 0377/10 TP: 05808/07 Médico Laboral			LIC: 0377/10 TP: 05808/07	

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

Teniendo en cuenta el anterior material probatorio, mi representada ALLIANZ SEGUROS S.A mediante comunicado del **16 de agosto de 2017 objetó** la solicitud de pago, como me permito transcribir para mayor apreciación del despacho:

“Bogotá, D.C 16 de agosto de 2017
 DIV-01313-2017

Señora
 BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACON
 Carrera 20 No 0-91 San Fernando
 Teléfono 3165258253
 Aguachica Cesar

Referencia: Póliza de Vida Grupo No. 21950260
 Tomador: GOBERNACIÓN DEL CESAR
 Reclamo: 59906611

Respetada señora Betty:

Por medio de la presente comunicación, Allianz Seguros de Vida S.A. (en adelante “Allianz”) objeta formalmente la reclamación presentada por el amparo de incapacidad total y permanente, por las siguientes razones:

1. Las compañías de seguros definen los amparos o coberturas que otorga de acuerdo con la forma en que va a asumir el riesgo, en virtud de lo establecido en el artículo 1056 del Código de Comercio.

2. En ese sentido, es posible incorporar en la póliza determinadas estipulaciones, contentivas de circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro, las cuales se conocen generalmente con el nombre de exclusiones.

3. Allianz, en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió incorporar como exclusión, entre otras, que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía.

En este punto, es importante recordar que las condiciones particulares de la póliza establecen lo siguiente:

"(...)4. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general GRU045-V9 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Disfonía**
- Trastornos mentales. (...)" (Negrillas fuera del texto).

4. En nuestro caso en particular, Allianz no está obligada, entonces, al pago de la indemnización porque, reiteramos, la póliza no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean consecuencia directa en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió incorporar como exclusión, entre otras, que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía.

En el dictamen aportado para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio determinó que usted presenta una pérdida de capacidad laboral del 82.5% con fecha de estructuración 04 de julio de 2017 y en el ítem DIAGNOSTICO(S) O MOTIVO DE CALIFICACION registra:

"(...) 1 DISFONIA SECUNDARIA
2 ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES (...)" (Comillas y negrilla ajenas al texto).

Atentamente,

Firma Autorizada

Dirección Indemnizaciones Vida, AP y SOAT
Allianz Seguros de Vida S.A
Carrera 13A No. 29 - 24 Piso 10 – Torre Allianz
Teléfono + 57(1) 560 0600
Bogotá - Colombia

De la anterior comunicación se puede concluir lo siguiente:

- a. La aseguradora indica que éstas definen los amparos o coberturas que otorga de acuerdo con la forma en que va a asumir el riesgo, en virtud de lo establecido en el **ARTÍCULO 1056 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.
- b. Por lo que es posible que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., incorpore en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260 "exclusiones"**, contentivas de circunstancias que aun siendo origen del evento dañoso o efecto del mismo no obliguen al asegurador a la prestación señalada en el contrato de seguro.
- c. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió **incorporar como exclusión**, entre otras, que **tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- d. La aseguradora informa que como quedó establecido en las **condiciones particulares de la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES**, se determinó:

(...)
Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:
· **Disfonía.**
· Trastornos mentales.

(...)

- e. La aseguradora reitera que la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean **consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- f. La aseguradora, al revisar la documentación aportada con la solicitud, verifico que, en la **calificación de pérdida de capacidad laboral**, se tuvo como diagnóstico:
- “(…)
1 DISFONIA SECUNDARIA
2 ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES (…)”. (Comillas y negrilla ajenas al texto).
(...)
- g. Conforme lo anterior ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., no está obligada, entonces, al pago de la indemnización por concepto de amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- h. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., **objetó** formalmente la solicitud de pago.

Adicionalmente, mediante comunicación de fecha **21 de septiembre de 2017** mi representada **ratificó la objeción** en los siguientes términos:

“(…)

Bogotá D.C.
Septiembre 21 de 2017

Señora
BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACON
Carrera 20 No. 0-91 Barrio San Fernando
Correo electrónico:
Aguachica- Cesar

Referencia: _ respuesta queja RDP 17/0000880
Póliza Vida Grupo 21950260 / Gobernación del Cesar / Betty del Rosario Noriega Chacón
Reclamo 59906611

Respetada Señora Betty del Rosario:

En atención a su solicitud de reconsideración para el reclamo de la referencia, por la objeción emitida por ALLIANZ, a través de comunicación No. 1313 del 16 de agosto de 2017; nos permitimos realizar las siguientes precisiones:

Conforme a las normas que regulan el contrato de seguro, “Son parte del contrato de seguro 1) El asegurador, o sea la persona jurídica que asume los riesgos, debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos, y 2) El tomador, o sea la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos.” (Artículo 1037 del Código de Comercio).

Entre ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. (ALLIANZ) y la GOBERNACIÓN DEL CESAR, se celebró contrato de seguro de Vid Grupo, con el objeto de cubrir entre otros amparos, la incapacidad total y permanente de sus asegurados, de conformidad con los requisitos exigidos en la Póliza, con sujeción a las condiciones particulares del contrato y, a las disposiciones legales que lo rigen.

En efecto, las partes en las condiciones particulares de la Póliza del seguro incluyeron como exclusiones para el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la vigencia reclamada lo siguiente:

2. EXCLUSIONES

Serán aplicables las exclusiones consagradas en el condicionado general GRU045-V9 que no hayan sido levantadas manifiestamente por el presente documento. Adicionalmente en ningún caso se cubren los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de preexistencias no declaradas en la solicitud individual de seguro diligenciada por el asegurado previo a su ingreso a la póliza.

Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:

- **Disfonía**
- Trastornos mentales. (...)” (Negrillas fuera del texto).

Por lo anterior, para que se configure la cobertura del amparo en los términos del contrato; esto es que la invalidez se presente dentro de la vigencia de la póliza, y que, a su vez, el evento generador de tal invalidez ocurra igualmente dentro de la vigencia del seguro, es necesario que la incapacidad no se derive de disfonía o trastornos mentales.

Ahora bien, verificando el Dictamen emitido el 04 de julio de 2017, mediante el cual se le determinó una PCL (Pérdida de Capacidad Laboral) del 82.5%, con fecha de estructuración de invalidez 03 de julio de 2017, el cual, forma parte de los principales elementos de juicio revistos de carácter probatorio sobre el cual se funda el análisis de los casos, para valorar la cobertura del evento reclamado, sustentó la invalidez en los diagnósticos de : disfonía secundaria, enfermedades de las cuerdas vocales, insuficiencia venosa y lumbago.

En ese sentido, teniendo en cuenta que la incapacidad total y permanente se deriva de una de las enfermedades excluidas en la Póliza, la invalidez reclamada no es objeto de cobertura.

Esperamos de esta forma haber dejado debidamente claros los argumentos por los cuales ALLIANZ, no pude acceder favorablemente a la solicitud de reconsideración, y ratifica la objeción consignada en comunicación No. 1316 del 16 de agosto de 2016.

Cordialmente

(...)"

De la anterior comunicación se puede concluir lo siguiente:

- a. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., en el amparo de Incapacidad Total y Permanente, decidió **incorporar como exclusión**, entre otras, que **tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- b. La aseguradora informa que como quedó establecido en las **condiciones particulares de la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en el **NUMERAL 4**. Denominado **EXCLUSIONES**, se determinó:

(...)
Para el amparo de Incapacidad Total y Permanente no se dará cobertura a las incapacidades derivadas de las siguientes enfermedades:
· **Disfonía**.
· Trastornos mentales.
- c. En el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** se puede evidenciar lo siguiente determinó una PCL (Pérdida de Capacidad Laboral) del 82.5%, con fecha de estructuración de invalidez 03 de julio de 2017.
- d. La aseguradora reitera que la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** no cubre el amparo de Incapacidad Total y Permanente que tengan origen o que sean **consecuencia directa o indirecta de Disfonía**.
- e. Conforme lo anterior ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., reiteró que no está obligada, entonces, al pago de la indemnización por concepto de amparo de Incapacidad Total y Permanente.
- f. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., **ratificó la objeción** presentada.

Conforme lo anterior se evidencia que la patología presentada por la demandante motivo de solicitud de pago, es por una **Disfonía**, enfermedad ocupacional que evidentemente no se encuentra cubierta dentro del amparo de incapacidad total y permanente, establecido en la **Póliza Vida Grupo Contributiva # 21950260**, configurándose así una de las exclusiones para el amparo de conformidad a lo establecido en las condiciones particulares de la misma.

B. EXCEPCIÓN: PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA OBLIGACIÓN SURGIDA POR EL CONTRATO DE SEGUROS.

Solicito respetuosamente al Señor Juez declarar probada la excepción de prescripción extintiva de carácter ordinario contemplada en el **ARTÍCULO 1081 CÓDIGO DE COMERCIO** pues ha transcurrido el tiempo establecido para cada una de las mismas, dado que los hechos que dieron origen a la

presente demanda fueron comunicados o reclamados por el demandante al aquí demandado fuera del término otorgado por nuestro ordenamiento legal.

Los hechos que dan base a la presente acción acaecieron el **3 de julio de 2017**, teniendo en cuenta que es la fecha de estructuración para la pérdida de capacidad laboral, que se le calificó al demandante realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**.

Por otro lado, el **ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO** dispone:

Artículo 1081. Prescripción de Acciones. 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." (Subrayado propio)

A su turno el **ARTÍCULO 1131 DEL CÓDIGO DE COMERCIO** señala:

"Artículo 1131. Ocurrencia del Siniestro. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial"

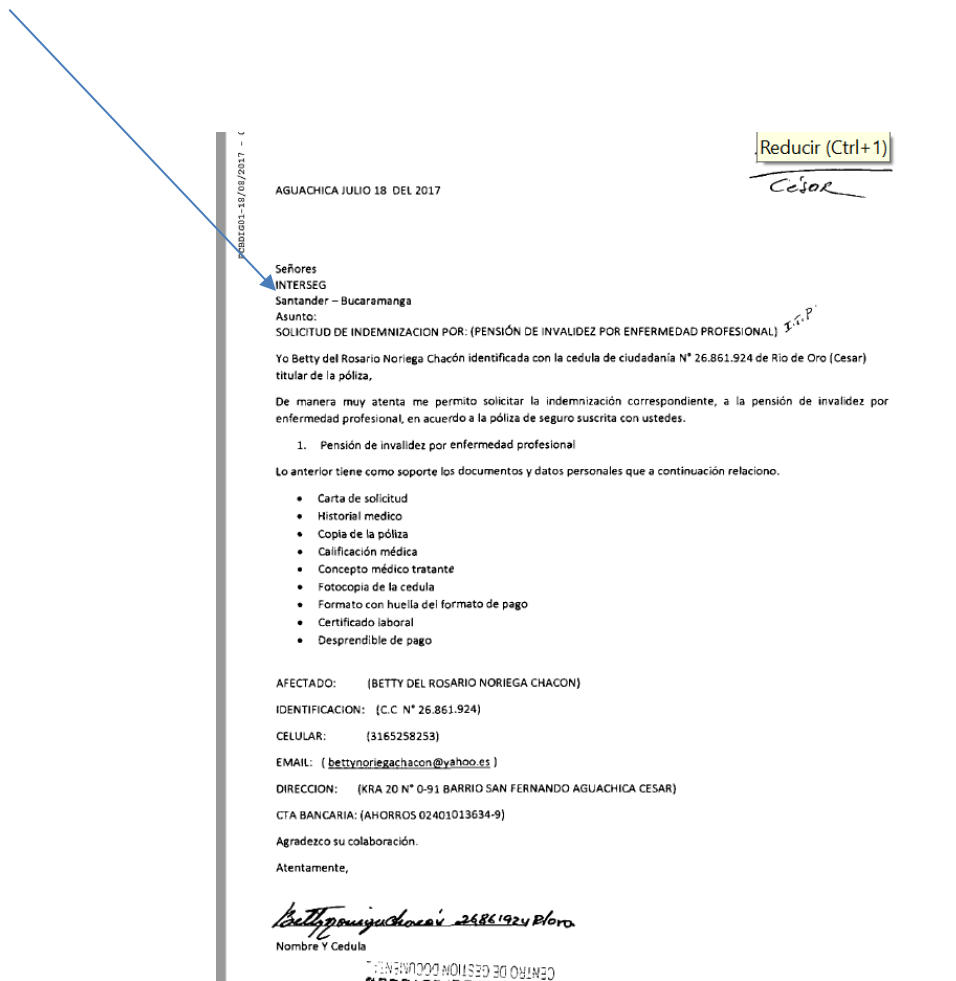
Así las cosas, durante los **dos (2) años** siguientes a la ocurrencia de los hechos, esto es hasta el **3 de julio de 2019**, no se vinculó a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., (NIT 860027404-1) fecha de presentación de la demanda, y posteriormente con la notificación personal de la demanda verbal de responsabilidad civil contractual de menor cuantía por parte de mi representada, que se surtió el día **10 de marzo de 2020**

Por lo anterior, solicito al Señor Juez declarar probada la presente excepción.

C. EXCEPCIÓN: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. NO ESTA OBLIGADA A INDEMNIZAR POR CUANTO LA PARTE DEMANDANTE NO PROBÓ LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO.

La señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN no ha presentado una solicitud ante la aseguradora con las cargas establecidas en el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, sino que se presentó una solicitud de pago, generando un **aviso de siniestro** el día **18 de julio de 2017**.

Adicionalmente, esta situación no se realizó ante ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., teniendo en cuenta que como la misma demandante lo **CONFIESA** en el **presente HECHO (2.8)**, que la solicitud la radicó ante la compañía **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** (que no es parte de éste proceso) y con el fin de cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso), y como plasmó a continuación:



Por lo anterior se concluye que la anterior solicitud de pago del **18 de julio de 2017**:

- f) No cumple con los requisitos del **Artículo 1077 Del Código De Comercio**.
- g) La solicitud de pago efectuada por la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN, la dirigió ante los intermediarios **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** y no ante mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
- h) En la mencionada carta no se solicita a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.a., reconocer y pagar indemnización por incapacidad total y permanente.
- i) El demandante intentó cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574** de **LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso) y no la expedida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
- j) Por lo anterior, no es cierto que la demandante presentara reclamación ante ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y mucho menos, que haya radicado la mencionada solicitud de pago con el propósito de que la misma fuera trasladada a mi representada.

Por el contrario, Se advierte que dicha carta no cumple con los presupuestos señalados en el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, es decir la demostración de la ocurrencia y la cuantía del siniestro por parte de la asegurada, la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN.

Sin embargo, se aclara a este despacho que los términos: **(1) Aviso del siniestro y (2) Reclamación** son conceptos diferentes en materia de seguros, por lo siguiente:

En efecto, el **ARTÍCULO 1075 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, definió el **aviso de siniestro** como la obligación en cabeza del asegurado de informar a la aseguradora de la **ocurrencia** del siniestro, tal como veremos a continuación:

" Art. 1075. – El asegurado o el beneficiario estarán obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro, dentro de los tres días siguientes a la fecha en que lo hayan conocido o debido conocer. Este término podrá ampliarse, mas no reducirse por las partes.

El asegurador no podrá alegar el retador o la omisión si, dentro del mismo plazo, interviene en las operaciones de salvamento o de comprobación del siniestro."

Por su parte, la reclamación es la solicitud formal que eleva el asegurado con el fin de que se pague la indemnización consignada en la póliza, siempre y cuando dicha solicitud cumpla con la carga probatoria que exige el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, que corresponde a la obligación en cabeza del asegurado de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro:

“Art. 1077. – Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurado deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”.

Por lo anterior se concluye que la comunicación de fecha **18 de julio de 2017** tenía como finalidad dar **aviso de un siniestro** más **NO** formalizar una **reclamación** ante una compañía de seguros, por no cumplir con los requisitos del **Artículo 1077 Del Código De Comercio**.

Y como se explicó no se dirigió la solicitud a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., sino que la radicó ante la compañía **INTERSEG – AGENCIA PROFESIONAL EN SEGUROS DE VIDA S.A.S.** (que no es parte de éste proceso) y con el fin de cobrar la **póliza de vida Grupo Educadores con certificado # 5574 de LA COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA S.A.** (quien no es parte en el proceso).

Adicionalmente si lo anterior no fuese suficiente, la demandante no cumplió con el lleno de los requisitos establecidos en el condicionado particular de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** en la **NUMERAL 16. PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS.** en la (**Página 16**), se estableció:

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.
- Copia de la cédula de ciudadanía o documento de identidad.
- Historia Clínica Completa (en la cual se evidencie la fecha de diagnóstico o de ocurrencia del evento o la patología que generó la invalidez, así como la evolución).
- Concepto del médico tratante que especifique estado actual, secuelas, pronóstico y posible tratamiento.
- Copia del dictamen de calificación de Invalidez emitida por la Entidad Competente (JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ REGIONAL O NACIONAL) sin que sea posible la aplicación de los Manuales de Calificación de Invalidez de los regímenes especiales o exceptuados por la ley 100 de 1993 o leyes complementarias que la sustituyan. en la cual se evidencie la fecha de estructuración y el porcentaje de la pérdida.
- Formato de pago por transferencia diligenciado por el asegurado
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado.
- Si la causa de la invalidez es accidental o violenta aportar certificación o documento expedido por la entidad competente en la cual se evidencie la causa.

Por lo anterior se concluye que la comunicación de fecha **18 de julio de 2017** tenía como finalidad dar **aviso de un siniestro** más **NO** formalizar una **reclamación** ante una compañía de seguros, por no cumplir con los requisitos del **Artículo 1077 Del Código De Comercio**

Por lo anterior solicitamos decretar probada la excepción.

D. EXCEPCIÓN: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR INTERESES MORATORIOS POR PARTE DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

Aunque consideramos que no existe responsabilidad de la aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., sin embargo, en el evento remoto que se dé una condena en el caso de la regencia, no existe una obligación de pago de intereses moratorios por parte de la aseguradora.

El tema de los intereses moratorios, que pueden ser cobrados a las aseguradoras está regulado en el **ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.

“ART. 1080.—Modificado. L. 510/99, art. 111, par. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún 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.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador."

Fíjese su despacho, que la norma transcrita pone como condición para el cobro de los intereses moratorios por parte del asegurado o beneficiario, que el haya presentado la reclamación y que acredite su derecho. En el presente caso no se ha acreditado el derecho.

Inclusive si dentro del presente proceso, el asegurado llegará a probar un siniestro amparado por la póliza, su despacho en tal caso deberá dar aplicación a la norma del **ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, y dar un plazo de **30 días** para el pago de la indemnización luego de proferida la sentencia.

Lo anterior, teniendo en cuenta que no se ha acreditado la ocurrencia de ningún siniestro amparado por la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, motivo por el cual no se ha dado cumplimiento a la carga impuesta a la asegurada por el **ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, a partir de la cual inicia el plazo contenido en el **ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.

Así las cosas, consideramos que su despacho debe negar la condena por pago de intereses, y en el remoto caso que así lo consideré deberá dar un plazo de **un (1) mes** contados desde el momento de la ejecutoria de la sentencia, la cual constituiría la acreditación de ocurrencia del siniestro y cuantía de la pérdida, de conformidad a lo normado en el **ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.

E. EXCEPCIÓN: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE LUCRO CESANTE POR PARTE DE ALLIANZ SEGUROS S.A.

Aunque consideramos que no existe responsabilidad de mi representada ALLIANZ SEGUROS VIDA S.A., sin embargo, en el evento remoto que se dé una condena en el caso de la referencia, no existe una obligación de pago de intereses moratorios por parte de la aseguradora.

Pues en el contrato de seguro de vida Grupo Contributivas, la aseguradora es responsable únicamente de la suma asegurada, lo anterior, conforme a lo establecido en los ARTÍCULOS 1079 Y 1089 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, que establecen:

ART. 1019 Responsabilidad del Asegurador:

El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso Segundo del artículo 1074.

Art. 1089 Cuantía Máxima de la indemnización:

Dentro de los límites indicados en el artículo 1079 **la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro**, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario.

Se presume valor real del interés asegurado el que haya sido objeto de un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Este, no obstante, podrá probar que el valor acordado excede notablemente el verdadero valor real del interés objeto del contrato, mas no que es inferior a él.

Por tanto, el amparo del seguro de Vida Grupo contributiva cubre para el presente caso, la suma asegurada cuando se encuentre debidamente probado el siniestro que, para el presente caso, corresponde a la suma asegurada para el amparo de incapacidad total y permanente.

F. EXCEPCIÓN: NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, POR EXISTIR INEXACTITUD Y RETICENCIA POR PARTE DE LA ASEGURADA AL MOMENTO DE INGRESAR A LA PÓLIZA.

En el presente caso, la asegurada, no dio cumplimiento al mandato legal consagrado en el **ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, en virtud del cual estaba obligado a declarar los hechos y circunstancias que determinan el estado real del riesgo. Norma que señala:

"ARTÍCULO 1058. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente."

De acuerdo con lo anterior, se tiene que en el Condicionado General de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260** en la **CLÁUSULA (17) DECLARACION INEXACTA O RETICENTE (página 7)** indica lo siguiente:

El Tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o el asegurado individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad, literales B y C, de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del asegurado individualmente considerado, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA solo estará obligada, 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, sin perjuicio de lo previsto en la Condición de Irreductibilidad.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Al revisar el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** aportado con la demanda se puede evidenciar lo siguiente:

1. Calificación:

Descripción Título I	Valor de la deficiencia %
1. Disfonía funcional	60
2. insuficiencia venosa	15
3. Lumbago	7.5
TOTAL	82.5%

4. VARIABLES DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	CAPÍTULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
1. DISFONIA FUNCIONAL	3	TAB. 3.1; CLASE II	60
2. INSUFICIENCIA VENOSA	4	Tab. 4,2; Clase I	15
3. LUMBAGO	7	Tab. 7,18; Clase I	7,5
4			
5			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			82,5
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)B/50)			

Los siguientes diagnósticos fueron el motivo de la calificación:

- a) Disfonía Funcional
- b) Enfermedades de las cuerdas vocales
- c) Insuficiencia Venosa
- d) Lumbago

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:			
FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.			
FUNDAMENTOS DE DERECHO: DECRETO 1655 DE 2015			
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)	3	7	2017

2. Dentro del **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** en la **Información General** de la **Historia Clínica** de la demandante se indicó lo siguiente:

Fecha	Diagnóstico	Descripción
25 de febrero de 2017	otorrinolaringología	<i>Disfonía de varios años de evolución, a pesar de su tratamiento su evolución ha sido tórpida</i>
26 de octubre de 2016	fonoaudiología	<i>Disfonía constante que afecta su desempeño comunicativo, persisten cualidades nosoacusticas de la voz.</i>

Por lo anterior, de acuerdo con la **Historia Clínica** valorada por los médicos para realizar la Calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante tenía **Diagnósticos** de enfermedades que no solo se encontraban **excluidas en la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, sino que adicionalmente ocurrieron antes del ingreso de la asegurada a la póliza (**1 de julio de 2016**) expedida por la aseguradora.

En ese entendido la parte demandante omitió el deber de informar de manera fidedigna y veraz el estado del riesgo, es decir declarar sinceramente su estado de salud, tanto física como mental, lo que genera la nulidad en el contrato de seguros y faculta a la aseguradora para **objetar** la reclamación, aun cuando no exista correlación entre el suceso que desencadena la ocurrencia del riesgo y la reticencia.

Aunado a lo anterior en jurisprudencia de la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**¹ se ha señalado:

“el tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente el estado del riesgo, es decir de declarar todos los hechos o circunstancias que le permitan al asegurador sopesar la potencial siniestralidad.”

...

“Para ello el asegurador propone un cuestionario al futuro tomador, o atiende a informaciones espontáneas que se le brinden, o realiza indagaciones para corroborar los datos conocidos, y auscultar aquellos que son de particular interés desentrañar. Todo ello para cumplir con el deber de diligencia profesional que le es exigible para medir con mayor exactitud el riesgo”.

Sea del caso citar al profesor **HERNÁN FABIO LÓPEZ BLANCO** en su obra **“el Contrato de Seguro”**² en donde respecto del caso que nos ocupa manifiesta:

“Aunque la reticencia puede darse también en el caso de que el asegurador no haya propuesto un cuestionario al tomador, resulta innegable que si lo ha hecho es más fácil demostrar el ocultamiento o la inexactitud que cuando no existe ese formulario, pues si se presentan varias preguntas acerca del estado del riesgo para ser contestadas, y se afirman circunstancias que no coinciden con la realidad o se ocultan otras, la confrontación de la verdadera situación del riesgo con lo manifestado en el formulario permite determinar la reticencia o la inexactitud...”

Y en la misma obra el profesor **HERNÁN FABIO LÓPEZ BLANCO** señala:

“Reticencia u ocultamiento de hechos, inexactitud o presentación no concordante con la realidad de aquellos, tienen idénticos efectos: anular el contrato de seguro.”

¹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. M. P. Jorge Santos Ballesteros. Sentencia del 11 de abril de 2002. Expediente 6825

² López Blanco Hernán Fabio. *El Contrato de Seguro*, Dupré Editores 1999, Tercera Edición Pág. 130.

Así entonces la declaración del riesgo contiene una información necesaria para el asegurador, de ella depende si asume o no, y en qué condiciones el riesgo. Situación anterior que se le impidió a mi representada al no declarar con exactitud el estado de salud por parte del asegurado.

Por lo que las inexactitudes y reticencias traicionan la ubérrima buena fe, a menos que el asegurador las hubiera conocido, o las hubiera podido conocer al ser diligente profesionalmente.

Se concluye, que el citado contrato de seguro adolece de nulidad relativa, en concordancia con lo prevenido en el **ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**.

Por lo anterior solicitamos a su despacho reconocer la reticencia, y como efecto de lo anterior la nulidad del contrato de seguros objeto de litigio.

G. EXCEPCIÓN: FALTA DE UNO DE LOS ELEMENTOS ESENCIALES DEL SEGURO: EL RIESGO ASEGURABLE. - RIESGO INEXISTENTE.

Debe tener en cuenta su despacho que de acuerdo con el **ARTÍCULO 1045 DEL CÓDIGO DE COMERCIO** se establece que el riesgo asegurable es uno de elementos esenciales del contrato y el cual a su vez es definido en el **ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO**, los cuales dicen:

ART. 1045. —Son elementos esenciales del contrato de seguro:

1. El interés asegurable;

2. El riesgo asegurable;

3. La prima o precio del seguro, y

4. La obligación condicional del asegurador.

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.

“ART. 1054. —Denominase 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”

En ese sentido es de la esencial del seguro, que el riesgo sea un **hecho futuro e incierto**, situación que no se presenta en el presente caso, es decir el elemento de la incertidumbre del riesgo no se presenta por lo siguiente.

Al revisar el **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017** aportado con la demanda se puede evidenciar lo siguiente:

1. Calificación:

Descripción Título I	Valor de la deficiencia %
1. Disfonía funcional	60
2. insuficiencia venosa	15
3. Lumbago	7.5
TOTAL	82.5%

4. VARIABLES DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCION DE LAS DEFICIENCIAS	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
1. DISFONIA FUNCIONAL	3	TAB. 3.1; CLASE II	60
2. INSUFICIENCIA VENOSA	4	Tab. 4.2; Clase I	15
3. LUMBAGO	7	Tab. 7.18; Clase I	7,5
4			
5			
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMETICA)			82,5
TOTAL SUMA PROCEDIMIENTO B (A+(50-A)B/50)			

Los siguientes diagnósticos fueron el motivo de la calificación:

- a) Disfonía Funcional
- b) Enfermedades de las cuerdas vocales
- c) Insuficiencia Venosa

d) Lumbago

Aunque se estableció que la fecha de estructuración de la invalidez fue el pasado **3 de julio de 2017**, el dictamen en su misma sustentación afirma que la paciente tiene disfonía **“con más de 10 años de evolución”**

5. SUSTENTACION Y OBSERVACIONES:			
FUNDAMENTOS DE HECHO: Paciente con disfonía de 10 años de evolución con poca respuesta al tratamiento de foniatría, se considera debe continuar en reposo vocal para disminuir el esfuerzo vocal. Se califica por Decreto 1655 de 2015 procedimiento A.			
FUNDAMENTOS DE DERECHO:		DECRETO 1655 DE 2015	
FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INVALIDEZ (DÍA, MES, AÑO)	3	7	2017

2. Dentro del **Concepto de calificación de pérdida de capacidad laboral** en la **Información General** de la **Historia Clínica** de la demandante se indicó lo siguiente:

Fecha	Diagnóstico	Descripción
25 de febrero de 2017	otorrinolaringología	<i>Disfonía de varios años de evolución, a pesar de su tratamiento su evolución ha sido tórpida</i>
26 de octubre de 2016	fonoaudiología	<i>Disfonía constante que afecta su desempeño comunicativo, persisten cualidades nosoacusticas de la voz.</i>

Por lo anterior, de acuerdo con la **Historia Clínica** valorada por los médicos para realizar la Calificación de pérdida de capacidad laboral de la demandante tenía **Diagnósticos** de enfermedades que no solo se encontraban **excluidas en la Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, sino que adicionalmente ocurrieron antes del ingreso de la asegurada a la póliza (**1 de julio de 2016**) expedida por la aseguradora.

En el presente caso la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN antes de la contratación del seguro, ya contaba con enfermedades preexistentes, y que por lo tanto el riesgo asegurado, no existiese en razón a que no era un hecho futuro e incierto, como lo define la ley.

H. EXCEPCIÓN: FALTA DE LA PRUEBA Y EXCESIVA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS SOLICITADOS EL DEMANDANTE – (SUSTENTO DE LA OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO).

Los perjuicios reclamados por la parte demandante, no se encuentran probados ni en su ocurrencia, ni en su cuantía, y la estimación de su cuantía es exagerada. La demandante pretende el pago de una suma de total de perjuicios que resumimos así:

Concepto	Valor
Que se declare civil y contractualmente responsable a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., por el incumplimiento en el pago de la prestación asegurada bajo el amparo de incapacidad total y permanente otorgado mediante Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260 .	Sin cuantificar
Se condene a la demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., a pagar a favor de la demandante, los perjuicios materiales, en la modalidad de daño emergente de conformidad a lo pactado en el contrato de seguro, la suma de (\$40.000.000).	\$40.000.000
Se condene a la demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., a pagar a favor de la demandante, los perjuicios	\$28.350.300

materiales, en la modalidad de lucro cesante, el valor de (\$28.350.300)	
Que se condene a demandada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., al pago de las costas.	Sin cuantificar
TOTAL:	\$68.350.300

Al respecto nos permitimos manifestarnos que la demandante, no solo erróneamente, sino también carente de todo sustento probatorio y jurídico, en sus pretensiones solicita el pago de una indemnización por la ocurrencia de un siniestro presuntamente amparado en la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**.

En el acápite de la cuantía, el demandante estima que el valor de las pretensiones la suma de CUARENTA MILLONES DE PESOS (**\$40.000.000**).

Ahora bien, las anteriores pretensiones y perjuicios solicitados no son viables por los siguientes motivos:

1. Inexistencia de la obligación de indemnizar por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. en razón a que el hecho no se encuentra amparado.
2. Inexistencia de la obligación de indemnizar por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. en razón a que el siniestro se encuentra expresamente excluido.
3. No hay lugar al pago de la indemnización por cuanto el asegurado fue reticente.
4. Existe Nulidad relativa en el contrato de seguro celebrado
5. Se encuentra prescrita la obligación surgida por el contrato de seguros.
6. No existe obligación a la aseguradora de pagar valor alguno por concepto de lucro cesante.

Sustentación de la Objeción del Juramento Estimatorio: Final y adicionalmente solicitamos que los anteriores argumentos también se tengan en cuenta como soporte de la objeción al juramento estimatorio y se tengan como pruebas las que obran en el proceso.

I. EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA: APLICACIÓN DEL LÍMITE ASEGURADO Y DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA.

Aunque consideramos que en el caso de la referencia no existen razones jurídicas para condenar a mí representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. en el improbable caso que esto ocurra la sentencia deberá ser limitada al monto del valor asegurado estipulado, el amparo de vida sería:

En la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, se establecieron los siguientes amparos:

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO				
	PLAN 6	PLAN 7	PLAN 8	PLAN 9	PLAN 10
Muerte	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Incapacidad total o permanente	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Indemnización adicional por muerte accidental	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Beneficios por desmembración accidental	\$35.000.000	\$40.000.000	\$45.000.000	\$50.000.000	\$55.000.000
Enfermedades graves	\$21.000.000	\$24.000.000	\$27.000.000	\$30.000.000	\$33.000.000
Renta clínica por enfermedad o accidente	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000
Renta diaria post hospitalaria	\$35.000	\$40.000	\$45.000	\$50.000	\$55.000
Renta clínica diaria en UCI	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000

Renta clínica por cirugía ambulatoria	\$70.000	\$80.000	\$90.000	\$100.000	\$110.000
Auxilio por canasta familiar (en caso de muerte del asegurado amparada por la presente póliza)	\$2.625.000	\$3.000.000	\$3.375.000	\$3.750.000	\$4.125.000
Auxilio por maternidad	\$105.000	\$120.000	\$135.000	\$150.000	\$165.000

De acuerdo con lo estipulado en las condiciones particulares de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260**, en las **condiciones generales** se indican las **DEDUCCIONES (página 34)** de la siguiente manera:

DEDUCCIONES

*EL VALOR ASEGURADO EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BÁSICO DE VIDA Y, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EL SEGURO DE VIDA GRUPO TERMINARÁ.
(...)*

De acuerdo con la información suministrada con mi cliente, para el momento del siniestro la demandante BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN se encontraba aseguradora con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. dentro del **plan # 7**, para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, el cual corresponde a la suma de **\$40.000.000**.

J. EXCEPCIÓN: OTRAS EXCLUSIONES Y GARANTÍAS PACTADAS LA PÓLIZA.

De conformidad con los Artículos **1056 Y 1061 DE CÓDIGO DE COMERCIO** y teniendo en cuenta el clausulado y condicionado correspondiente a la **Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores VDGR 831**, si el despacho encuentra probada cualquier otra causal de exclusión pactada en la póliza, o de garantía incumplida deberá ser aplicada en su sentencia final.

ART. 1056.—Con las restricciones legales, el asegurador 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.

ART. 1061. —Se entenderá por garantía la promesa en virtud de la cual el asegurado se obliga a hacer o no determinada cosa, o a cumplir determinada exigencia, o mediante la cual afirma o niega la existencia de determinada situación de hecho.

La garantía deberá constar en la póliza o en los documentos accesorios a ella. Podrá expresarse en cualquier forma que indique la intención inequívoca de otorgarla.

La garantía, sea o no sustancial respecto del riesgo, deberá cumplirse estrictamente. En caso contrario, el contrato será anulable. Cuando la garantía se refiere a un hecho posterior a la celebración del contrato, el asegurador podrá darlo por terminado desde el momento de la infracción."

K. EXCEPCIÓN: PRESCRIPCIÓN, CADUCIDAD COMPENSACIÓN Y OTRAS NULIDADES RELATIVAS.

Solicito respetuosamente al señor a Juez declarar las demás causales de prescripción, caducidad, nulidad relativa, y compensación de las cifras que llegaren a ser probadas en el proceso.

L. EXCEPCIÓN: LA GENÉRICA.

Solicito respetuosamente decretar cada una de las excepciones que probadas en el proceso llegare a encontrar.

V. OBJECCIÓN A LA ESTIMACIÓN DEL DEMANDANTE RESPECTO LOS PERJUICIOS:

De conformidad al **Artículo 206 del Código General del Proceso (ley 1564 de 2012)**, me permito objetar la estimación de los perjuicios realizada por el demandante en razón a que como se explicó en detalle con las respectivas excepciones, no le asiste razón al demandante para reclamar una indemnización de mi mandante en el presente caso, por lo que solicitamos a su despacho **condenar al demandante a multa del 10%** establecida en la norma.

En ese sentido por economía procesal, me remito a los argumentos expuestos en las excepciones presentadas con este escrito denominadas: **FALTA DE LA PRUEBA Y EXCESIVA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUICIOS SOLICITADOS EL DEMANDANTE.**

A. PRUEBAS DE LA OBJECCIÓN:

Solicito a su despacho tener como pruebas de la objeción, las pruebas aportadas y las solicitadas con este escrito de contestación de demanda, a las que respetuosamente solicito a su despacho se remita, para no transcribirlas por economía procesal.

VI. SOLICITUD DE PRUEBAS

Con el fin de soportar cada una de nuestras excepciones solicitamos la práctica de las siguientes pruebas:

A. DOCUMENTALES.

Con el fin de determinar los hechos en que se funda nuestra defensa solicitamos tener como pruebas además de las ya existentes las siguientes y aportadas al proceso:

1. Poder general especial a mi otorgado por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., mediante la Escritura Pública No 4874 del 19 de diciembre de 2008 ante la Notaría 23 de Bogotá, el cual ha sido registrado en la Cámara de Comercio de Bogotá.
2. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
3. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera.
4. Condiciones particulares de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260.**
5. Condiciones particulares para la última vigencia de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260.**
6. Condiciones generales de la **Póliza de Vida Grupo Contributiva #2195020260.**
7. Copia de la **calificación de pérdida de capacidad laboral** realizado a la demandante por el **ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL- MEDICINA LABORAL DE LA FUNDACIÓN AVANZAR FOS**, del **4 de julio de 2017.**
8. Copia de la reclamación y los soportes entregados por la demandante.
9. Copia de la objeción del **16 de agosto de 2017**, expedida por ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
10. Copia del correo electrónico del **14 de julio de 2020**, en el que se envía derecho de petición a la compañía **AGENCIA INTERMEDIARIA EN SEGUROS DE VIDA L.T.D.A.**, para que en calidad de intermediarios alleguen copia de la prueba de entrega de la Póliza y el condicionado particular y general a la asegurada.

11. copia del correo electrónico del **14 de julio de 2020**, en el que se peticona a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., para que en calidad de aseguradora allegue copia de la prueba de entrega de la póliza y del condicionado particular y general a la asegurada.
12. copia del correo electrónico del **14 de julio de 2020**, en el que se envía Derecho de petición a la **GOBERNACIÓN- DEPARTAMENTO DEL CESAR**, para que, en calidad de tomadores del seguro, remitan con destino al proceso, copia de la prueba de entrega de la póliza y del condicionado particular y general a la asegurada.
13. Copia de la respuesta dada por la **GOBERNACIÓN- DEPARTAMENTO DEL CESAR** al derecho de petición radicado.
14. copia de la cedula de ciudadanía del suscrito.
15. copia de la tarjeta profesional del suscrito.

B. INTERROGATORIOS DE PARTE.

Con el fin de determinar los hechos en que se funda nuestra defensa solicitamos al señor Juez citar y practicar los siguientes interrogatorios:

1. A la Señora **BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN** parte accionante, quien podrá ser citada por medio de notificación por estado en razón de ser parte en el proceso o en las direcciones aportadas con la demanda para que se manifieste sobre los hechos que se sustentan la defensa de mi representada en el presente trámite.

C. DECLARACIÓN DE PARTE.

Con el fin de determinar los hechos en que se funda nuestra defensa solicitamos al señor Juez citar y practicar la siguiente declaración de parte.

1. Al Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** para que se manifieste sobre los hechos que se sustentan en la presente demanda y en especial los que tienen relación con nuestra defensa y excepciones, en las circunstancias dadas dentro del siniestro y pago de la indemnización conforme a los amparos contratados por el demandante.

D. PRUEBA POR INFORME

Con el fin de determinar los hechos en que se funda nuestra defensa solicitamos al señor Juez oficiar a las siguientes Entidades.

1. A la aseguradora **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** para que en calidad de aseguradora allegue al presente proceso lo siguiente:
 - a) La declaración del riesgo hecha por la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN al momento de ingresar a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**.
 - b) Solicitud – Certificado individual de seguro firmado por la **señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN**, para el ingreso a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**

La aseguradora podrá ser oficiada en la dirección: **Carrera 13 A No 29-24 Piso 10 de Bogotá D.C.**

2. A la compañía **AGENCIA INTERMEDIARIA EN SEGUROS DE VIDA L.T.D.A**, para que en calidad de intermediario. allegue al presente proceso lo siguiente:
 - a) La declaración del riesgo hecha por la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN al momento de ingresar a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**.

- b) Solicitud – Certificado individual de seguro firmado por la **señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN**, para el ingreso a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**.

La empresa podrá ser oficiada en la dirección: **CARRERA 30 No. 32 - 39 BARRIO LA AURORA-BUCARAMANGA**.

Correo Electrónico: interseg@interseg.com.co

3. A la **GOBERNACIÓN- DEPARTAMENTO DEL CESAR** para que en calidad de tomador, allegue al presente proceso lo siguiente:
- a) La **declaración del riesgo** hecha por la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN al momento de ingresar a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**.
 - b) Solicitud – Certificado individual de seguro firmado por la **señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN**, para el ingreso a la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**.

La **GOBERNACIÓN- DEPARTAMENTO DEL CESAR**, podrá ser oficiada en la **Calle 16 # 12 - 120 - Edificio Alfonso López Michelsen - Valledupar, Cesar**

Email: contactenos@cesar.gov.co; notificacionesjudiciales@cesar.gov.co

Finalmente, Informo al despacho que, dada la Emergencia Sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, del COVID-19, nos queda imposible aportar las pruebas en mención, razón anterior por la que una vez esté en nuestro poder se estarán allegando a este Despacho.

E. TESTIMONIO

Solicito señor Juez se citen en calidad de testigos las siguientes personas:

1. Al **líder del Departamento de Indemnizaciones vida** el señor **JUAN CARLOS APONTE** de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. y/o quien haga sus veces**, para que se manifieste sobre los hechos que se sustentan la objeción, como también las condiciones jurídicas, técnicas y económicas del contrato de seguro de la póliza, motivos por los cuales no procede la solicitud de pago y en especial los que se funda nuestra defensa y excepciones, la suscripción de la póliza.

Solicitamos respetuosamente se cite a esta persona en la **Carrera 13 A No 29-24 Piso 10 en Bogotá**.

El presente testigo deberá ser citado en calidad de testigo técnico, y subsidiariamente en calidad de testigo simple.

2. Al **Asesor ejecutivo** de la **AGENCIA INTERMEDIARIA EN SEGUROS DE VIDA L.T.D.A.**, el señor **JOSE ELIECER ARIAS RANGEL y/o quien haga sus veces**, para que se manifieste sobre la suscripción de la **póliza de Vida Grupo Contributiva #21950260**, la información brindada a la demandante, la entrega de la póliza, el condicionado particular y general, los canales de comunicación brindados, las preguntas y las soluciones dadas frente a la póliza y sus condiciones y en general con todo lo relacionado con los argumentos en los que se fundamenta nuestra defensa.

Solicitamos respetuosamente se cite a esta persona en la **CARRERA 30 No. 32 - 39 BARRIO LA AURORA- BUCARAMANGA**.

Correo Electrónico: interseg@interseg.com.co

El presente testigo deberá ser citado en calidad de testigo técnico, y subsidiariamente en calidad de testigo simple.

3. A la **Doctora MYRIAM SUSANA DURAN CORREDOR**, en calidad de médico calificadora de la **FUNDACIÓN AVANZAR FOS y/o quien haga sus veces**, para que se manifieste sobre los

hechos, diagnósticos médicos y circunstancias en que se fundamentó la **calificación de pérdida de capacidad laboral** del **4 de julio de 2017**, a nombre de la señora BETTY DEL ROSARIO NORIEGA CHACÓN.

Solicitamos respetuosamente se cite a esta persona en la **Calle 52 No. 21 A 07 barrio la concordia – Bucaramanga/Santander**
PBX: (7) 643 9441

El presente testigo deberá ser citado en calidad de testigo técnico, y subsidiariamente en calidad de testigo simple.

VII. ANEXOS.

Anexo con la presente contestación las pruebas documentales relacionadas en el aparte de pruebas documentales, listado al que me remito por economía procesal.

VIII. NOTIFICACIONES.

Mi representada recibirá notificaciones en la **Carrera 13 A No 29-24 Piso 10 de Bogotá D.C.**

A la suscrita en la Carrera 8 No 38-33 Ofc. 703 de Bogotá D.C. y dirección electrónica litigios@kingsalomon.com y eidelman.gonzalez@kingsalomon.com, celular 300-272-6669 y teléfono oficina +571-

Del señor Juez,



EIDELMAN JAVIER GONZÁLEZ SÁNCHEZ
C.C. 7.170.035 de Tunja
T.P. 108.916 de C.S.J.
eidelman.gonzalez@kingsalomon.com