TEMAS-SUBTEMAS

Sentencia T-025/24

ACCION DE TUTELA CONTRA ASEGURADORA-Vulneración del derecho al mínimo vital de los asegurados cuando se niega a hacer efectiva póliza alegando reticencia del tomador sin probar mala fe/RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Obligación de las aseguradoras de probar el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro

(…) las compañías aseguradoras vulneran los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o social. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración. De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia

(…) no se demostró el elemento subjetivo de la reticencia y, además, operó la regla de conocimiento presuntivo. Por esta razón, la objeción al pago de la indemnización constituyó una actuación arbitraria que vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes. Además, la aseguradora ignoró la condición de especial vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran los accionantes, con lo que puso en riesgo el derecho al mínimo vital.

PRINCIPIO DE INMEDIATEZ-Plazo razonable para presentar tutela debe determinarse con base en las circunstancias del caso concreto

ACCION DE TUTELA PARA DIRIMIR CONFLICTOS DERIVADOS DE UN CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional

CONTRATO DE SEGUROS-Autonomía de la voluntad y buena fe calificada

(…) el contrato de seguro es un contrato de ubérrima buena fe, o de buena fe calificada. Esto implica que, tanto en la etapa precontractual como en la ejecución del mismo, las partes deben comportarse y cumplir con sus obligaciones legales y contractuales con la más alta lealtad, honestidad y probidad.

PREEXISTENCIA EN EL CONTRATO DE SEGURO-Concepto

RETICENCIA-Jurisprudencia ha establecido requisitos para que se configure

(…) la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: (i) el elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la prexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador del seguro

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza

DERECHO AL MINIMO VITAL Y AL DEBIDO PROCESO-Orden a aseguradora hacer efectiva póliza de seguro de vida

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Séptima de Revisión

SENTENCIA T-025 de 2024

Referencia: Expedientes T-9.508.029 y T-9.528.456 AC

Acciones de tutela interpuestas por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A y Jesús Hernando Torres en contra de Seguros Bolívar S.A, Banco Davivienda S.A y EMSSSANAR EPS

Magistrada sustanciadora:

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Bogotá, D.C., seis (6) de febrero de dos mil veinticuatro (2024)

La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por las magistradas Cristina Pardo Schlesinger y Paola Andrea Meneses Mosquera, quien la preside, así como por el magistrado José Fernando Reyes Cuartas, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA

I. ANTECEDENTES

1. 1. Introducción a la causa objeto de la controversia

1. 1. El 31 de agosto de 2023, la Sala de Selección de Tutelas Número Ocho de la Corte Constitucional decidió seleccionar y acumular para revisión las sentencias dictadas en los expedientes de tutela T-9.508.029 y T-9.528.456:

Tutelas acumuladas

Expediente

Accionante

Accionado

T-9.508.029

Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández.

Seguros Bolívar S.A.

T-9.528.456

Jesús Hernando Torres

Seguros Bolívar S.A., Banco Davivienda S.A. y EMSSANAR EPS

2. Para estudiar las acciones de tutela acumuladas, la Sala Séptima presentará una descripción de los hechos, así como del trámite de instancia y revisión que se adelantó en cada expediente. Luego, examinará si las solicitudes de amparo satisfacen los requisitos generales de procedibilidad y, en caso de ser procedente, emitirá un pronunciamiento de fondo. Por último, evaluará si las entidades accionadas vulneraron los derechos fundamentales de los accionantes y, de ser el caso, adoptará los remedios correspondientes para reparar dichas violaciones.

2. Hechos y trámite de tutela de los expedientes acumulados

2.1. Expediente T-9.508.029. Acción de tutela presentada por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A.

3. Hechos. Federman Eligio Torres Martínez, cónyuge de Elsa Sofía Hernández Villalba y padre de Eider Alberto Torres Hernández, Diana Luz Torres Hernández y Jorge Luis Torres Hernández, adquirió con el Banco Davivienda siete créditos a lo largo de varios años. De forma correlativa, suscribió con Seguros Bolívar S.A. las pólizas de “seguro de vida grupo deudores” que respaldaban el pago de “hasta el 100% del saldo no pagado” de cada uno de los créditos, en caso de muerte o incapacidad total y permanente.

4. El 13 de marzo de 2021, el señor Federman Eligio Torres Martínez falleció. En consecuencia, su esposa e hijos presentaron las reclamaciones ante la aseguradora, la cual pagó seis de los siete créditos.

5. El 21 de junio de 2022, el Banco Davivienda avisó a la aseguradora la ocurrencia del siniestro y le remitió la reclamación con el objeto de que esta procediera a cubrir el saldo del único crédito pendiente de pago. Este correspondía al crédito No. 3509 por $86.000.000, el cual se encontraba amparado con la póliza No. 513000461550324, en la cual el Banco aparece como “beneficiario”.

6. El 8 de agosto de 2022, Seguros Bolívar negó la solicitud. Indicó que en la declaración de asegurabilidad 12840137, que fue suscrita el 24 de febrero de 2021, el señor Federman

Eligio negó “haber sufrido o haber sido diagnosticado” con una serie de enfermedades. En particular, negó sufrir de hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad, enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, enfermedades del hígado y enfermedades de la piel. Sin embargo, en la historia clínica del difunto consta que desde el 13 de julio de 2019 había sido diagnosticado con “enfermedad de Hansen” (Lepra). De igual forma, el 17 de octubre de 2019 fue diagnosticado con “enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca”, “obesidad debida a exceso de calorías” y “hepatitis aguda tipo b”. Así las cosas, Seguros Bolívar afirmó que el tomador incurrió en reticencia, lo que generaba la nulidad del contrato. Por tanto, no estaba obligada a pagar el crédito.

7. Solicitud de tutela. El 10 de marzo de 2023, Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández presentaron acción de tutela en contra de Seguros Bolívar, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales al debido proceso, de petición, a una vida en condiciones dignas, al mínimo vital y a la igualdad.

8. Los accionantes indicaron que la Corte Constitucional ha señalado que la aseguradora tiene el deber de corroborar el estado de salud del tomador. Esto, por medio de (i) exámenes médicos o (ii) con la verificación de las declaraciones del tomador o asegurado en su historia clínica. A su juicio, en caso de que la aseguradora no opte por ninguna de estas opciones, tiene la carga de demostrar la reticencia, lo cual la obliga a probar la mala fe del tomador o asegurado, es decir, a demostrar con suficiencia que este “conocía de la enfermedad y la omitió intencionalmente al momento de celebrar el contrato”. Asimismo, sostuvieron que la obligación de las aseguradoras de corroborar el estado de salud del asegurado “no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías”. En el presente caso, según los accionantes, la aseguradora no realizó exámenes médicos ni verificó el estado de salud del asegurado con la historia clínica, además, no demostró que este hubiese obrado de mala fe.

9. En consecuencia, como pretensiones solicitaron: (i) proteger los derechos fundamentales de los accionantes y, en consecuencia (ii) “ordenar a Seguros Bolívar afectar la póliza Nº 5130004615503 (sic) que respalda el crédito 3509 y reconocer y cancelar la suma de ochenta y seis millones de pesos ($86.000.000,oo)”.

10. Admisión de la tutela. Mediante auto de 10 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena) admitió la acción de tutela, corrió traslado a Seguros Bolívar y vinculó a la Superintendencia Financiera.

11. Contestación. El 15 de marzo de 2023, Seguros Bolívar solicitó declarar improcedente la acción por incumplimiento del requisito de subsidiariedad. Argumentó que (i) los accionantes cuentan con medios judiciales ordinarios idóneos y eficaces para ventilar su pretensión ante los jueces civiles, (ii) la pretensión de los accionantes es estrictamente económica y se circunscribe a un asunto netamente contractual y (iii) la negativa al pago de la póliza no implica un perjuicio irremediable para los accionantes.

12. Con todo, sostuvo que no ha vulnerado los derechos fundamentales de los accionantes. Argumentó que conforme al artículo 1058 del Código de Comercio (en adelante CCo.) el tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, pues es con base en esta información que el asegurador otorga su consentimiento. Por ende, el incumplimiento de este deber genera la nulidad del contrato, incluso si el asegurador prescinde del examen médico (art. 1158 del CCo.). En el presente caso, la aseguradora otorgó las coberturas de la póliza en condiciones normales, sin practicar exámenes médicos, con fundamento en la declaración del asegurado de no padecer ninguna enfermedad. Además, el difunto aseguró que conocía y daba fe de que lo manifestado en la declaración de asegurabilidad era verídico.

13. Sin embargo, el asegurado faltó al deber de informar el verdadero estado del riesgo, porque negó padecer enfermedades que a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad ya le habían sido diagnosticadas. En concreto, “al momento de la suscripción ya había sido diagnosticado con Enfermedad Cardiaca Hipertensiva sin Insuficiencia Cardiaca desde el 17 de mayo de 2019, Lepra desde el 13 de julio de 2019, Hepatitis Aguda Tipo B, desde el 17 de octubre de 2017 y Obesidad con IMC:33, antecedentes relevantes de salud, que no fueron manifestados dentro de la declaración de asegurabilidad”. En estos términos, consideró que existió mala fe, pues “el estado de salud del Asegurado no era normal al contratar el seguro y contaba con diagnósticos ya conocidos por él desde antes de firmar la declaración de Asegurabilidad y aun así manifestó que su estado de salud era normal”. Lo anterior, “genera la nulidad relativa del contrato por reticencia en la información”.

14. Por lo demás, la aseguradora aclaró que el haber accedido al pago de los otros 6 créditos adquiridos por el difunto no generaba ningún efecto en el presente caso. Además, precisó que, “si eventualmente hubiese lugar al pago de la indemnización, este corresponde[ría] al saldo insoluto de la deuda a la fecha de siniestro, [esto es, a] $70.214.194”.

15. Decisión de primera instancia. El 24 de marzo de 2023, el Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena) declaró improcedente el amparo. Consideró que la solicitud no satisfizo los requisitos de inmediatez ni subsidiariedad. Esto, porque (i) la acción de tutela fue presentada más de 2 años después de la negativa de la aseguradora y (ii) existían otros mecanismos de defensa judicial para resolver sus pretensiones. En particular, los accionantes podían acudir ante la jurisdicción ordinaria civil o ante la Superintendencia Financiera mediante una acción de protección al consumidor.

16. Impugnación. El 30 de marzo de 2023, los accionantes impugnaron la decisión de primera instancia con fundamento en cinco argumentos. Primero, reprocharon que el juez hubiese argumentado que no se cumplía el requisito de inmediatez con fundamento en que la aseguradora había negado la solicitud desde 2021, pese a que la respuesta de fondo a la reclamación no fue brindada sino hasta el 8 de agosto de 2022. Segundo, adujeron que el juez no valoró que la aseguradora estaba obligada a realizar exámenes médicos o a “inspeccionar la historia clínica” del asegurado y que, por no hacerlo, “era responsable”. Tercero, señalaron que el juez ignoró que los otros 6 créditos que había tomado el difunto “en igualdad de condiciones y con la misma entidad financiera fueron cubiertos [con] las pólizas por la entidad aseguradora y en cambio este crédito no”. Cuarto, destacaron que “no afectar la póliza” vulnera su derecho a vivir en condiciones dignas. Por último, solicitaron al juez de segunda instancia amparar sus derechos fundamentales, debido a que se encuentran “ante un perjuicio irremediable”.

17. Decisión de segunda instancia. El 11 de mayo de 2023, el Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena) confirmó la decisión de primera instancia. Argumentó que la tutela no satisface el requisito de subsidiariedad, porque conforme a la jurisprudencia constitucional, la acción de tutela sólo es procedente para resolver controversias suscitadas con ocasión del contrato de seguro en circunstancias excepcionales en las que los accionantes se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad o esté probado que enfrentan un perjuicio irremediable. En este caso, sin embargo, (i) los accionantes no

estaban en situación de vulnerabilidad, (ii) no acudieron a la jurisdicción ordinaria civil, (iii) no manifestaron ninguna circunstancia que les impida hacerlo y (iv) tampoco probaron, ni siquiera de forma sumaria, estar ante el riesgo de un perjuicio irremediable. Por lo demás, en relación con la presunta vulneración del derecho de petición, la juez indicó que era posible constatar que la aseguradora había contestado de fondo la solicitud, de manera que, en principio, no existía violación a este derecho.

18. Actuaciones en sede de revisión. Mediante autos de 20 de octubre y 10 de noviembre de 2023, la magistrada sustanciadora ordenó la práctica de pruebas y requirió a los oficiados. En particular, solicitó información en relación con (i) el núcleo familiar, la situación laboral e ingresos de los accionantes, (ii) las características y estado del crédito cuya cobertura se reclama y (iii) las características del seguro otorgado por Seguros Bolívar.

19. Respuesta a los autos de pruebas. La información obtenida en las respuestas recibidas se sintetiza en la siguiente tabla:

Interviniente

Respuesta en sede de revisión

Accionantes

1. 1. Condiciones del crédito. Anexaron una certificación del Banco Davivienda en la que se especifica que el crédito objeto de la controversia es de libre inversión, fue otorgado el 2 de marzo de 2021, con corte al 14 de junio de 2022 acumulaba una mora de 408 días y su saldo ascendía a $92.183.079.

2. 2. Proceso ordinario. Indicaron que se radicó una demanda ante la jurisdicción ordinaria en Barranquilla, sin embargo el proceso fue remitido por competencia a Bogotá. El juzgado 52 civil municipal de Bogotá inadmitió y posteriormente rechazó la demanda, debido a que no fue subsanada. El apoderado de los accionantes manifestó que la falta de subsanación obedeció a que “no encontraba el proceso”.

3. 3. Proceso de sucesión. Informaron que el causante tenía dos casas (una avaluada en aprox. 20 y la otra en 40 millones de pesos) y un vehículo a su nombre. El vehículo fue “siniestrado y quedó en pérdida total”. Por mutuo acuerdo los hermanos decidieron que las

dos casas fueran puestas a nombre de la madre en el proceso de sucesión. Sin embargo, solo fue posible hacer el traspaso de una, dado que la otra está embargada por el Banco. Según explicaron, esta última fue puesta como garantía de un crédito hipotecario solicitado por el causante. Dicho crédito fue pagado por Seguros Bolívar al Banco, sin embargo, este "no quiere liberar la casa del embargo hasta que no se les pague el préstamo que se encuentra en Litis, pero que nada tiene que ver con la vivienda".

4. 4. Situación de los accionantes:

* Elsa Sofía Hernández indicó que vive con una hija y su nieta. Las tres se sostienen con la venta de víveres, de la cual obtienen un salario mensual promedio de $1.200.000. Manifiesta que padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa.

* Jorge Luis Torres Hernández señaló que su núcleo familiar está compuesto por su esposa y sus tres hijos. Reside en una casa propia "avaluada en $10.000.000, [la cual] se encuentra hipotecada y embargada". Trabaja como vendedor y tiene un salario de $3.000.000 mensuales. Estudió "mecánica diessel en el [SENA]".

* Diana Luz Torres Hernández informó que su núcleo familiar está compuesto por su esposo y cuatro hijos, uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad. Además de sus hijos y esposo convive con una sobrina y una amiga en "una casa de interés social que [l]e regaló el Gobierno con un valor de $11.300.000". Se dedica a la venta de víveres, de lo cual obtiene un salario de aproximadamente $1.200.000 mensuales. Su esposo se encuentra desempleado.

* Eider Torres Hernández manifestó que tiene tres hijos, es empleado y devenga $1.400.000 mensuales. Sostiene que no sabía que su padre había solicitado el crédito objeto de la controversia y que desconoce cuál fue su destinación.

Seguros Bolívar S.A

Aclaró que el asegurado está obligado a informar si padece alguna de las enfermedades que enlista la declaración de asegurabilidad u otra diferente. Precisó que la aseguradora puede negarse a otorgar el seguro o cobrar un monto más alto por concepto de prima, en atención a la declaración del estado de riesgo.

Afirmó que en el sub examine, el difunto “manifestó de forma libre y voluntaria que su estado de salud era normal”, en consecuencia, “la aseguradora otorgó las coberturas en condiciones normales”. Enfatizo que la declaración de asegurabilidad suscrita tenía (i) una cláusula en la que el asegurado confirma la veracidad de la información so pena de generar la nulidad del contrato y (ii) una advertencia para que no sea suscrita sin leer.

20. Hechos. El 16 de julio de 2019, Jesús Hernando Torres adquirió el “crédito por libranza” No. 4026 con el Banco Davivienda por $15.951.875 a un plazo de 96 meses, el cual fue asegurado por Seguros Bolívar bajo la póliza No. 5130044515562, que cubría las hipótesis de muerte e incapacidad total y permanente. En la declaración de asegurabilidad consta que el único beneficiario del seguro es el Banco Davivienda, a título oneroso y “hasta el saldo del crédito asegurado”.

21. El 6 de noviembre de 2020, el señor Jesús Hernando Torres, a sus 60 años de edad, sufrió un accidente cerebrovascular (ACV) que le causó la ceguera total de los dos ojos. Por esta causa, el 16 de julio de 2022, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral (PCL) del 72.90%. Manifestó que luego del ACV le fue imposible ejercer actividad laboral alguna, razón por la cual no pudo continuar con el pago de las cuotas del crédito.

22. Los días 17 de junio de 2021 y 23 de mayo, 5 de agosto y 28 de octubre de 2022 el señor Torres presentó derechos de petición al Banco Davivienda en los que solicitó “la condonación del crédito” con fundamento en la pérdida de capacidad laboral. El Banco remitió las solicitudes a Seguros Bolívar con el propósito de que esta valorara las reclamaciones.

23. El 11 de agosto de 2021, Seguros Bolívar negó el pago del seguro, porque consideró que el solicitante había incurrido en reticencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1058 del CCo . Indicó que el 12 de julio de 2019, día en el que el asegurado suscribió la declaración de asegurabilidad, omitió informar que padecía “hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos”, que le había sido diagnosticada el 29 de marzo de 2019. En criterio de la aseguradora, la omisión de informar acerca de dicho diagnóstico genera la nulidad relativa del contrato de seguro. Esta misma respuesta fue reiterada los días 28 de julio, 26 de septiembre y 15 de noviembre de 2022.

24. Solicitud de tutela. El 19 de enero de 2023, Jesús Hernando Torres presentó acción de tutela en contra del Banco Davivienda S.A., Seguros Bolívar S.A. y EMSSANAR EPS, por

considerar vulnerados sus derechos fundamentales de petición, igualdad y debido proceso. En su criterio, las respuestas del Banco y la aseguradora no fueron de fondo. En todo caso, sostuvo que la negativa de la aseguradora es arbitraria, pues la causa de su ceguera total y la consecuente PCL no se encuentra relacionada con enfermedades ni diagnósticos anteriores al ACV y, en concreto, con la hipoacusia que padece. Explicó que no informó sobre esta última condición en la declaración de asegurabilidad, porque "carecía de relevancia para solicitar el crédito". Reiteró que el dictamen de PCL es posterior a la adquisición del crédito y que la fecha de estructuración de la misma es el 6 de noviembre de 2020, día en el que sufrió el ACV.

25. Con fundamento en estas razones, solicitó ordenar a los gerentes del Banco Davivienda y de Seguros Bolívar que, en el término de 48 horas, "se tomen las medidas pertinentes para que Davivienda realice la condonación de [la] obligación crediticia haciéndose efectiva la póliza de seguro".

26. Admisión de la tutela y vinculaciones. El 19 de enero de 2023, el Juzgado Cuarto Penal Municipal con funciones de conocimiento de Pasto admitió la acción de tutela interpuesta y le corrió traslado a las accionadas. Además, vinculó a Colpensiones "en razón a que se encuentra inmersa dentro de los fundamentos facticos y probatorios aportados por el actor".

27. Contestaciones. Las tres entidades accionadas respondieron la acción de tutela. Colpensiones, por su parte, no contestó el requerimiento.

27.1. Banco Davivienda. El Banco Davivienda manifestó que las pretensiones del accionante deben ser ventiladas ante la jurisdicción ordinaria. En todo caso, aseguró que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante, en especial, el derecho de petición. Aclaró que cada una de las solicitudes ha sido tramitada, respondida de fondo y notificada. Asimismo, señaló que el hecho de que las respuestas no hayan sido favorables a los intereses del solicitante no implica que sus derechos fundamentales hayan sido vulnerados.

27.2. Seguros Bolívar. Seguros Bolívar solicitó declarar improcedente la tutela. Adujo que "el objeto debatido en esta acción de tutela debe ventilarse y dirimirse en las vías administrativas y/o judiciales ordinarias". Con todo, aseguró que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante, porque ha respondido cada una de sus solicitudes y la objeción de pago del seguro ha estado debidamente fundada. Reiteró que el 11 de agosto

de 2021 negó la petición de pago con fundamento en el artículo 1058 del CCo. Esto, dado que “desde antes de adquirir [el] crédito [el accionante] ya contaba con un diagnóstico de Hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos, circunstancia importante del estado de salud que al no haber sido informada produce la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia en la información”. Destacó que “si el señor Torres hubiese informado sus antecedentes médicos, la Aseguradora habría podido realizar un estudio adecuado del riesgo que iba a asumir; sin embargo, como el Asegurado manifestó gozar de buena salud, la Compañía no pudo realizar una adecuada valoración”.

27.3. EMSSANAR. EMSSANAR manifestó que carece de legitimación en la causa por pasiva y solicitó ser desvinculada del presente trámite. Adujo que la pretensión del accionante no recae en su ámbito de competencia, habida cuenta de que solicita la condonación de un crédito bancario. En todo caso, informó que el accionante se encuentra afiliado a dicha EPS en el régimen contributivo desde el 1 de noviembre de 2018.

28. Decisión de única instancia. El 1 de febrero de 2023, el Juzgado Cuarto Penal Municipal con funciones de conocimiento de Pasto “negó por improcedente” el amparo. Consideró que la solicitud no superaba el requisito de subsidiariedad, dado que (i) no existe prueba de que el beneficio perseguido no sea exclusivamente patrimonial y (ii) no existen indicios de que el accionante carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar sus gastos. Además, el accionante no manifestó encontrarse ante un perjuicio irremediable, ni tampoco haber acudido ante la jurisdicción ordinaria. De cualquier forma, indicó que “no existe vulneración del derecho fundamental del artículo 23 Constitucional, por cuanto las peticiones incoadas por el actor ante las demandadas fueron resueltas conforme a derecho”. Este fallo no fue impugnado.

29. Actuaciones en sede de revisión. Mediante los autos de 20 de octubre y 10 y 23 de noviembre de 2023, la magistrada sustanciadora ordenó la práctica de pruebas y requirió a los oficiados. En particular, solicitó información en relación con (i) el núcleo familiar, la situación laboral e ingresos del accionante, (ii) las características y estado del crédito cuya cobertura se reclama y (iii) las características del seguro otorgado por Seguros Bolívar.

30. Respuesta a los autos de pruebas. La información obtenida en las respuestas recibidas se sintetiza en la siguiente tabla:

Interviniente

Respuesta en sede de revisión

Jesús Hernando Torres (accionante)

1. 1. Núcleo familiar, estado de salud e ingresos. Informó que no tiene hijos, ni cuenta con familiares cercanos. Indicó que el 3 de agosto de 2023, le fue diagnosticado “tumor maligno de la próstata”. Asimismo, señaló que (i) no tienen ningún vínculo laboral y su único ingreso es su pensión por invalidez por un valor de $1.160.000 la cual le fue reconocida a partir del 1 de junio de 2023, (ii) no tiene propiedades y (iii) paga un canon de arrendamiento y a una persona para que le asista en sus actividades cotidianas, dadas sus limitaciones físicas.

2. 2. Características del crédito. Indicó que la tasa de interés corriente pactada es del 20.41% efectivo anual (E.A), la cobrada es del 29.33% E.A y la de mora cobrada es del 39.78% E.A. Indicó que ha pagado 51 cuotas y que adeuda 45. El saldo actual es de $12.117.673 “sujeto a variación” y la cuota mensual es de $330.000.

II. CONSIDERACIONES

1. 1. Competencia

31. La Sala Séptima de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos en los expedientes acumulados, con fundamento en lo dispuesto por el inciso 2 del artículo 86 y el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

32. La presente decisión tendrá la siguiente estructura. En primer lugar, la Sala examinará si las solicitudes de amparo acumuladas satisfacen los requisitos generales de procedibilidad de la acción de tutela (sección II.3 infra). En segundo lugar, de ser procedente, la Sala estudiará si los accionados vulneraron los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes (sección II.4 infra). Por último, de encontrar una vulneración a los derechos fundamentales, adoptará los remedios que correspondan (sección II.5 infra).

3. Examen de procedibilidad

33. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que la acción de tutela es un mecanismo judicial subsidiario, residual, informal y autónomo que tiene por objeto garantizar la "protección inmediata de los derechos fundamentales" de las personas por medio de un "procedimiento preferente y sumario". De acuerdo con lo previsto por el Decreto 2591 de 1991 y el desarrollo jurisprudencial de esta Corte, son requisitos generales de procedencia de la acción de tutela: (i) la legitimación en la causa -por activa y pasiva-, (ii) la inmediatez y (iii) la subsidiariedad. El cumplimiento de estos requisitos de procedencia es una condición para que el juez de tutela pueda emitir un pronunciamiento de fondo.

3.1. Legitimación en la causa

i. (i) Legitimación en la causa por activa

34. El artículo 86 de la Constitución Política dispone que "[t]oda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces (…), por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales". Por su parte, el artículo 10º del Decreto 2591 de 1991 señala que la solicitud de amparo puede ser presentada: (i) a nombre propio, (ii) mediante representante legal, (iii) por medio de apoderado judicial o (iv) mediante agente oficioso. En este sentido, la Corte Constitucional ha sostenido que el requisito de legitimación por activa exige que la tutela sea presentada por quien tenga un interés cierto, directo y particular en la solución de la controversia.

35. La Sala considera que los accionantes de las solicitudes de amparo acumuladas están legitimados por activa:

35.1. Expediente T-9.508.029. Los señores Jorge Luis Torres Hernández, Diana Luz Torres Hernández, Eider Alberto Torres Hernández y Elsa Sofía Hernández Villalba están legitimados por activa, porque son los herederos del señor Federman Eligio Torres Martínez, quien era el tomador de la póliza que aseguraba el pago del crédito No. 3509. La Corte Constitucional ha sostenido que los herederos están facultados para reclamar ante las aseguradoras el cumplimiento de las prestaciones que garantizan los créditos del causante. Esto, como quiera que, eventualmente, serían los llamados a asumir la titularidad de los derechos y obligaciones del causante, lo que implica que la negativa de la aseguradora a pagar el crédito podría causar una afectación directa en el patrimonio de la herencia. La Sala constata que en el presente caso los accionantes pretenden que la aseguradora cubra el saldo insoluto

del crédito adquirido por el causante. Lo anterior, en la medida en que la falta de pago de dicha obligación puede acarrear consecuencias adversas para su derecho fundamental al mínimo vital. Por lo tanto, se encuentran legitimados.

35.2. Expediente T-9.528.456. La acción de tutela satisface el requisito de legitimación en la causa por activa. Esto, porque fue presentada por Jesús Hernando Torres, quien es el titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados, pues fue quien adquirió el crédito cuyo pago reclama a la aseguradora.

() Legitimación en la causa por pasiva

36. El requisito de legitimación en la causa por pasiva exige que la acción de tutela sea interpuesta en contra del sujeto -autoridad pública o privado- que cuenta con la aptitud o "capacidad legal", bien sea porque es el presunto responsable de los hechos vulneradoras o es el llamado a responder por las pretensiones. Los artículos 86 de la Constitución Política y 5 del Decreto 2591 de 1991 prevén que la acción de tutela procede en contra de "toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya violado, viole o amenace violar derechos fundamentales". Por su parte, el artículo 42.4 del Decreto 2591 de 1991 dispone que la tutela será procedente contra particulares "cuando la solicitud fuere dirigida contra una organización privada, contra quien la controle efectivamente o fuere el beneficiario real de la situación que motivo la acción, siempre y cuando el solicitante tenga una relación de subordinación o indefensión con tal organización".

37. La Corte ha determinado que la acción de tutela es procedente contra particulares que ejercen actividades financieras y aseguradoras, por dos razones. Primero, porque sus usuarios se encuentran en estado de indefensión, en tanto "los intereses del asegurado o beneficiario se encuentr[an] supeditados al cumplimiento de la prestación por parte de la entidad del sector financiero o asegurador, que las más de las veces, impone de manera unilateral las condiciones que han de regir el desarrollo de la relación contractual". Segundo, en atención a que, de un lado, las compañías aseguradoras desarrollan una actividad de interés público y, de otro, las bancarias prestan un servicio público "como el aprovechamiento, e inversión de recursos captados del público, según lo establecido en el artículo 335 de la Carta Política".

38. A continuación, la Sala examina la legitimación en la causa por pasiva de las accionadas

y vinculadas:

38.1. Seguros Bolívar S.A. Está legitimada en la causa por pasiva, dado que (i) suscribió las pólizas con los adquirentes de los créditos, (ii) es la presunta responsable de la vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes, por haber objetado el pago; y (iii) tiene la aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones.

38.2. Davivienda S.A. El Banco está legitimado en la causa por pasiva. Esto, debido a que (i) otorgó los créditos objeto de la controversia, (ii) es el beneficiario de las pólizas de seguro y (iii) podría verse afectado por la decisión que adopte la Sala.

38.3. EMSSANAR EPS. Esta entidad, accionada en el expediente T-9.528.456, no está legitimada en la causa por pasiva. Lo anterior, en atención a que carece de aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones consistentes en el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Jesús Hernando Torres. Además, no es responsable de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación.

38.4. Superintendencia Financiera. La Superintendencia Financiera, vinculada en el expediente T-9.508.029, no está legitimada en la causa por pasiva, por tres razones. Primero, ninguna de sus funciones está relacionada con el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Federman Eligio Torres Martínez. Segundo, ninguna de las autoridades judiciales de instancia acudió a las funciones relacionadas con la vigilancia y control de las entidades aseguradoras a su cargo. Y tercero, no es responsable de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, será desvinculada del presente trámite.

38.5. Colpensiones. Esta entidad, vinculada en el expediente T-9.528.456, no está legitimada en la causa por pasiva. Lo anterior, en atención a que carece de aptitud y capacidad legal para satisfacer las pretensiones consistentes en el pago del seguro de vida que garantiza el crédito adquirido por el señor Jesús Hernando Torres. Además, no es responsable de los hechos presuntamente vulneradores. En consecuencia, la Sala ordenará su desvinculación del trámite de tutela.

3.2. Inmediatez

39. La acción de tutela no está sujeta a un término de caducidad. Sin embargo, la Corte Constitucional ha interpretado que conforme al artículo 86 de la Constitución, la solicitud de amparo tiene por objeto la protección “inmediata” de los derechos fundamentales. Por esta razón, debe ser presentada en un término razonable respecto de la ocurrencia de los hechos que dieron lugar a la presunta amenaza o vulneración. La razonabilidad del término de interposición debe examinarse en cada caso concreto en atención a, entre otros, los siguientes criterios: (i) las circunstancias personales del actor, (ii) su diligencia y posibilidades reales de defensa, (iii) la posible afectación a derechos de terceros derivada de la interposición tardía de la tutela y (iv) los efectos del hecho vulnerador, esto es, si se trata de una vulneración continua o permanente.

40. La Sala considera que las solicitudes de tutela sub examine satisfacen el requisito de inmediatez:

40.1. Expediente T-9.508.029. Seguros Bolívar negó el pago del crédito el 8 de agosto de 2022 y la acción de tutela fue presentada el 10 de marzo de 2023. En este sentido, entre el hecho presuntamente vulnerador y la interposición de la tutela, transcurrieron 7 meses y 2 días. La Sala considera que este es un término razonable, pues las circunstancias socioeconómicas de los accionantes (ver párr. 44 infra) permiten inferir razonablemente que la falta de educación y recursos económicos pudo influir en la demora para obtener asesoría jurídica idónea y emprender los mecanismos de reclamo de sus pretensiones, entre los cuales se encuentra la presentación de la acción de tutela sub examine.

40.2. Expediente T-9.528.456. El 15 de noviembre de 2022, Seguros Bolívar profirió el último oficio mediante el cual objetó el pago del crédito. Luego, el 19 de enero de 2023 el accionante presentó la acción de tutela. La Sala encuentra que, entre el último hecho presuntamente vulnerador y la interposición de la tutela, transcurrieron 2 meses y 4 días, lo que es un término razonable.

3.3. Subsidiariedad

41. El artículo 86 de la Constitución Política prescribe que la acción de tutela tiene carácter subsidiario respecto de los medios ordinarios de defensa judicial. En virtud del principio de subsidiariedad, la acción de tutela sólo procede en dos supuestos. Primero, como mecanismo definitivo de protección, cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial

ordinario para proteger los derechos fundamentales o cuando los mecanismos de defensa existentes no son idóneos y eficaces. El medio de defensa es idóneo si “es materialmente apto para producir el efecto protector de los derechos fundamentales”. Por su parte, es eficaz (i) en abstracto, cuando “está diseñado para brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados” y (ii) en concreto, si “atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante”, es lo suficientemente expedito para garantizar estos derechos. Segundo, como mecanismo de protección transitorio si, a pesar de existir medios ordinarios idóneos y eficaces, la tutela se utiliza con el propósito de evitar un perjuicio irremediable.

42. La Corte Constitucional ha sostenido que las acciones civiles ordinarias son mecanismos idóneos y eficaces para reclamar el cumplimiento del contrato de seguro. Así mismo, ha advertido que, en los casos que no involucran sujetos en situación de especial vulnerabilidad, el mecanismo jurisdiccional ante la Superintendencia Financiera previsto en el artículo 57 de la Ley 1480 de 2011 puede resultar idóneo y eficaz. Sin embargo, también ha reconocido que el estudio de procedencia de la acción de tutela puede flexibilizarse, de manera excepcional, en los casos en que: (i) se constata una grave afectación a los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, “como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no tienen ningún tipo de ingreso” o (ii) se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante, “por el incumplimiento de las obligaciones contractuales que le asisten a la aseguradora, a pesar de la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado”.

43. La Sala considera que las solicitudes de tutela sub examine satisfacen el requisito de subsidiariedad y proceden como mecanismo definitivo de protección, dado que la situación de vulnerabilidad de los accionantes hace que los mecanismos ordinarios carezcan de eficacia en concreto para resolver sus pretensiones:

44. Expediente T-9.508.029. La acción de tutela es presentada por cuatro personas: tres hijos del causante y su cónyuge. La Sala encuentra que los cuatro accionantes se encuentran en situación de vulnerabilidad y, por tanto, son sujetos de especial protección constitucional, habida cuenta de su poca capacidad de generar ingresos, las precarias condiciones de vida, la cantidad de dependientes económicos que tienen y la situación de salud en que se encuentran. Al respecto, la Sala resalta que:

44.1. Elsa Sofía Hernández se encuentra en el grupo “C11: vulnerable” en el Sisbén IV. Además, según informó a esta Sala, reside con una hija y una nieta y las tres se sostienen con su salario que es de $1.200.000 mensuales, provenientes de la venta de víveres. Además, padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa.

44.2. Jorge Luis Torres Hernández se encuentra en el grupo “B7: pobreza moderada” de la clasificación en el Sisbén IV. Si bien se encuentra empleado y devenga un salario de $3.000.000 mensuales, es económicamente responsable de su esposa y sus tres hijos. Además, si bien reside en una casa propia, está hipotecada y embargada. Sumado a lo anterior, el accionante padece de secuelas en su salud como consecuencia del contagio de Covid 19.

44.3. Diana Luz Torres Hernández se encuentra en el grupo “A4: pobreza extrema” en el Sisbén IV. Reside con su esposo desempleado, sus cuatro hijos -uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad-, una sobrina y una amiga, en una casa de interés social otorgada por el Estado, avaluada en $11.300.000. Se sostiene con su salario que es de aproximadamente $1.200.000 mensuales provenientes de la venta de víveres.

44.4. Eider Torres Hernández se encuentra empleado, devenga un salario mínimo mensual y tiene a cargo a sus tres hijos. No posee ningún bien inmueble.

45. Así las cosas, la negativa de la aseguradora de cubrir la referida obligación puede generar una afectación intensa en los derechos fundamentales al mínimo vital de los accionantes, dada su condición de especial vulnerabilidad. En consecuencia, la acción de tutela procede como mecanismo definitivo de protección.

46. Expediente T-9.528.456. El señor Jesús Hernando Torres tiene un único ingreso económico de $1.160.000 mensuales correspondiente a su pensión por invalidez. No es propietario de ningún inmueble por lo que paga un canon de arrendamiento mensual. A los 60 años sufrió un ACV que le causó la ceguera total de ambos ojos. Carece de una red de apoyo pues no tiene hijos ni familiares cercanos, por lo que paga a una persona para que le asista en sus actividades cotidianas, dadas sus limitaciones físicas. Además, el 3 de agosto de 2023, le fue diagnosticado un “tumor maligno de la próstata”. En estas condiciones, la Sala advierte que la negativa de Seguros Bolívar de cubrir el pago del crédito puede generar una afectación particularmente grave al derecho fundamental al mínimo vital de un sujeto de

especial protección constitucional como el accionante. En consecuencia, la acción de tutela procede como mecanismo definitivo de amparo.

4. Examen de Fondo

47. En esta sección, la Sala examinará si Seguros Bolívar vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital de los accionantes al objetar el pago de las indemnizaciones pactadas en las pólizas y cubrir los créditos asegurados. A dichos efectos, la Sala reiterará la jurisprudencia constitucional en relación con la reticencia en el contrato de seguro (sección 4.1 infra). En esta sección, la Sala hará especial énfasis en (i) la obligación del tomador de informar sobre las preexistencias, (ii) el deber de las aseguradoras de revisar la historia clínica de los tomadores y llevar a cabo exámenes médicos y (iii) las reglas jurisprudenciales desarrolladas por este tribunal en relación con los requisitos que las aseguradoras deben cumplir para poder objetar válidamente el pago de una póliza de seguro. Luego, con fundamento en estas reglas, resolverá el caso concreto y adoptará los remedios y órdenes que correspondan (sección 4.2 infra).

4.1. La reticencia en el contrato de seguro. Reiteración de jurisprudencia

4.1.1. El contrato de seguro. Definición, elementos esenciales y obligaciones de las partes

48. El contrato de seguro es un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador se obliga al pago de una prestación pecuniaria cierta denominada ‘prima’ a favor de otra llamada asegurador. Lo anterior, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de un riesgo –siniestro- que afecta la integridad o el patrimonio del primero o de un tercero beneficiario. De acuerdo con el artículo 1045 CCo., son elementos esenciales del contrato de seguro el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador:

48.1. Interés asegurable. En los seguros de daños, el interés asegurable es aquel en cabeza de “toda persona cuyo patrimonio pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la realización de un riesgo”. Debe ser (i) susceptible de estimación en dinero y (ii) lícito. En los seguros de personas, como el seguro de vida, el interés asegurable puede ser la “propia vida”, la vida de “las personas a quienes legalmente [se] pueda reclamar alimentos” y “la de aquellas cuya muerte o incapacidad pueden aparejarle un perjuicio económico”.

48.2. Riesgo Asegurable. Es “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”.

48.3. Prima. Es el “precio del seguro” que el tomador está obligado a pagar. La mora en el pago de la prima genera “la terminación automática del contrato”.

48.4. Obligación condicional de pago. Es la obligación condicional a cargo del asegurador de efectuar el pago de la indemnización pactada por la ocurrencia del siniestro.

49. El artículo 1036 del CCo. establece que el contrato de seguro tiene cinco características: (i) es consensual, por cuanto se perfecciona con el consentimiento del asegurador y el tomador del seguro; (ii) es bilateral, puesto que las obligaciones en el contrato de seguro son para ambas partes; (iii) es oneroso, porque para asegurar el riesgo es necesario que el tomador pague el valor de la prima que cubre el acontecimiento; (iv) es aleatorio, ya que no es posible determinar si el riesgo va a acaecer ni cuando y, por último, (v) es de ejecución sucesiva, dado que sus prestaciones son continuadas. Además, la jurisprudencia ha precisado que el contrato de seguro es de naturaleza privada, nominado, intuito personae y de adhesión.

50. Las partes del contrato de seguro son el tomador y el asegurador. Las principales obligaciones que surgen del contrato para cada una de ellas se sintetizan en la siguiente tabla:

Parte

Obligaciones

Tomador

El tomador está obligado a: (i) declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (art. 1058 del CCo.); (ii) mantener el estado del riesgo e informar al asegurador la ocurrencia de hechos posteriores a la celebración del contrato que signifiquen su agravación (art. 1060 del CCo.); (iii) pagar la prima (art. 1066 del CCo.); (iv) notificar al asegurador de la ocurrencia del siniestro (art. 1075 del CCo.) y (v) actuar conforme al principio de buena fe

desde la etapa precontractual y hasta que el contrato pierda vigencia.

Asegurador

Son obligaciones del asegurador: (i) establecer las cláusulas del contrato con claridad, sin vacíos ni ambigüedades; (ii) pagar el valor de la indemnización o a cubrir la suma contratada dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado demuestre su derecho (art. 1080 del CCo.) y (iii) actuar conforme al principio de buena fe desde la etapa precontractual y hasta que el contrato pierda vigencia.

51. Conforme a la jurisprudencia constitucional y ordinaria, el contrato de seguro es un contrato de "ubérrima buena fe", o de buena fe "calificada". Esto implica que, tanto en la etapa precontractual como en la ejecución del mismo, las partes deben comportarse y cumplir con sus obligaciones legales y contractuales con la más alta lealtad, honestidad y probidad.

4.1.2. La obligación del tomador de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo y la reticencia en el contrato de seguro

52. El artículo 1058 del Código de Comercio dispone que 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". De acuerdo con la jurisprudencia, en los seguros de vida o por enfermedad, esta obligación supone que, en la declaración de asegurabilidad, el tomador debe informar todos los diagnósticos o afecciones en salud de los que tenga conocimiento por las que el asegurador le interrogue con el fin de determinar el estado del riesgo. Estos diagnósticos o afecciones en salud se denominan preexistencias. La declaración sincera del estado del riesgo es una manifestación del principio de buena fe y busca garantizar la formación del consentimiento de la aseguradora, quien, en principio, "es ignorante del riesgo que proyecta asegurar, cuyo conocimiento proviene de primera mano del tomador – asegurado".

53. El tomador incurre en reticencia cuando declara de forma inexacta las circunstancias que determinan el estado del riesgo, esto es, cuando el tomador incumple la obligación prevista en el artículo 1058 del CCo. Sin embargo, no toda reticencia o inexactitud en relación con las preexistencias en la declaración de asegurabilidad genera la nulidad del contrato. De

acuerdo con el inciso 1º del artículo 1058 del CCo, así como la jurisprudencia constitucional y ordinaria, la reticencia sólo genera la nulidad relativa del contrato de seguro si se acreditan tres elementos o requisitos esenciales: (i) el elemento subjetivo -mala fe-; (ii) la trascendencia o relevancia de la prexistencia y (iii) el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro.

53.1. Elemento subjetivo. El tomador debe haber actuado de mala fe. Esto ocurre cuando tenía conocimiento del diagnóstico, pero omitió informar sobre el mismo con el propósito de evitar que el contrato se hiciera más oneroso o el asegurador desistiera del mismo.

53.2. Trascendencia o relevancia. Las preexistencias que no fueron informadas deben ser trascendentes o relevantes. De acuerdo con el artículo 1058 del CCo, son trascendentes los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, "lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas (…)".

53.3. Nexo de causalidad. La jurisprudencia constitucional y civil ordinaria ha enfatizado que, para que la reticencia o inexactitud genere nulidad, debe existir un "nexo causal entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro".

54. En virtud del principio de la buena fe, se presume que la declaración de asegurabilidad es veraz y no adolece de vicio. Asimismo, el artículo 167 del Código General del Proceso dispone que "incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen", de manera que la nulidad debe ser probada por quien la alega. En este sentido, la carga de la prueba de acreditar los elementos de la reticencia está en cabeza de la aseguradora. Si la aseguradora no acredita estos elementos, no podrá objetar el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

4.1.3. Los deberes de las aseguradoras en relación con la determinación del estado del riesgo

55. El inciso 4º del artículo 1058 del CCo. dispone que no será nulo el contrato "si el asegurador, antes de celebrar[lo], ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración". En este sentido, la aseguradora tiene el deber de "estipular en el texto de la póliza, clara y expresamente, las exclusiones o preexistencias que resulten de la información suministrada por el usuario y de su investigación". Si el

asegurador no excluye claramente las preexistencias que le fueron informadas, se entiende que las conocía y decidió ampararlas. Al respecto, la Corte Constitucional ha enfatizado los hechos advertidos por el asegurador en el momento previo a la suscripción del contrato, que puedan generar siniestros futuros, pero frente a los cuales se guardó silencio, “se deberán considerar como irrelevantes para la compañía aseguradora y por lo tanto se erigirán como riesgos amparados”.

56. De otro lado, la jurisprudencia constitucional y ordinaria ha sostenido que la aseguradora tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad. Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocían sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración.

57. La Sala advierte, sin embargo, que el alcance y contenido del deber de diligencia de la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida no ha sido delimitado de manera uniforme por la jurisprudencia constitucional y ordinaria. En particular, la Sala advierte que existen tres posturas jurisprudenciales diferenciables, las cuales se sintetizan en el siguiente cuadro:

Postura

Fundamento

Postura 1

1. 1. La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud

y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador.

2. 2. La falta de realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica no permite aplicar la regla de conocimiento presuntivo. En aquellos casos en los que, en el cuestionario formulado por la aseguradora, el tomador respondió de forma explícita, deliberada y falsa no padecer una enfermedad que luego materializa el siniestro, la aseguradora podrá alegar la nulidad del contrato de seguro y objetar el pago de la póliza por reticencia.

3. 3. Esta postura se fundamenta en, principalmente, las siguientes tres premisas:

i. (i) El artículo 1058 del CCo. prevé que el tomador está obligado a declarar sinceramente cuál es el estado del riesgo y advierte que la reticencia puede generar la nulidad del contrato.

ii. (ii) El Código de Comercio no le impone a la aseguradora el deber legal de realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica. Por el contrario, el artículo 1158 del CCo. aclara que la obligación de hacer una declaración sincera y la posible nulidad derivada de su incumplimiento es exigible aun si el asegurador prescinde del examen médico.

iii. (iii) El contrato de seguro se basa en el principio de buena fe (uberrimae bona fidei), por lo que no es posible indultar o condonar las reticencias deliberadas de los tomadores.

* Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias de 26 de abril de 2007 y SC2803-2016 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 2016 y T-071 de 2017.

Postura 2

1. 1. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema

de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta “cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo”. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario.

2. 2. Para demostrar el conocimiento presuntivo de la aseguradora en estos casos, se debe acreditar que: “(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas”.

3. 3. La regla de conocimiento presuntivo “no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar”.

 Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-2016, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-2023 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

Postura 3

1. 1. El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar el estado del riesgo, tales como realizar exámenes médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia.

2. 2. Esta postura ha estado fundada en las siguientes tres premisas:

i. (i) Los tomadores no suelen contar “con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”.

ii. (ii) La aseguradora es un profesional por lo que el estándar de diligencia exigible en la etapa precontractual debe ser particularmente exigente. Además, es quien “conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro” y, por lo tanto, quien puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”.

iii. (iii) El contrato de seguro es de adhesión lo que implica que el tomador de la póliza simplemente acepta los términos y condiciones plasmados por la aseguradora. De este modo, “siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele (…) irregularidades” en el diligenciamiento del cuestionario y la declaración de asegurabilidad.

 Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias STL7955-2018, STL3608-2019 y STL4077-2022 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015, T-658 de 2017 y T-379 de 2022 de la Corte Constitucional.

58. La Sala Plena de la Corte Constitucional no ha expedido una sentencia de unificación en la cual haya definido el alcance del deber de diligencia de las aseguradoras en la constatación del estado del riesgo.

4.1.4. Las objeciones infundadas y arbitrarias al pago de las indemnizaciones de los seguros vulneran los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y social

59. La Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia han considerado que las compañías aseguradoras vulneran los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica o social. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por

reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración (ver párr. 54 supra). De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia.

60. Por su similitud con los casos que se examinan en esta oportunidad, la Sala resalta las sentencias T-316 de 2015, T-591 de 2017, T-658 de 2017, SC167-2023 y STC117-2023.

60.1. Sentencia T-316 de 2015. En esta sentencia la Sala Primera analizó dos casos relevantes para resolver el presente asunto:

i. (i) Saúl Cáceres Mejía y Tulia Muñoz Ruiz presentaron acción de tutela contra Seguros de Vida Suramericana S. A., por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, tras objetar el pago de la indemnización del contrato de seguro suscrito por su hija fallecida con esta compañía. La aseguradora argumentó que la tomadora incurrió en reticencia, porque omitió informar que tenía un tumor maligno antes de suscribir la póliza. La Sala Primera determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales de los accionantes, porque "se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes", sin embargo, no lo hizo. En estos términos "omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la [tomadora], por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que [esta] incurrió en reticencia". Por tanto, amparó los derechos fundamentales de los accionantes.

ii. (ii) Bertha María Vallejo Arteaga presentó acción de tutela contra Seguros Bolívar S. A. por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso, tras objetar el pago de la indemnización del contrato de seguro suscrito para amparar el riesgo de incapacidad total y permanente. A la tomadora le fue calificada una pérdida de capacidad laboral del 78%. Sin embargo, la aseguradora argumentó que el contrato era nulo, pues la tomadora omitió informar que, para la fecha de suscripción del contrato, ya le había sido diagnosticada "hernia discal c5-c6 con radiculopatía c5-c6-c8, TI bilateral, cervicalgia,

síndrome de fibromialgias y trastorno mixto de ansiedad y depresión". La Sala Primera determinó que Seguros Bolívar "se abstuvo de consultar la historia médica de la accionante", a pesar de que en la declaración de asegurabilidad la tomadora le autorizó a hacerlo. En estos términos "pese a tener la posibilidad de conocer el estado de salud de la tutelante de forma oportuna, decidió esperar, y solo hasta que le fue conveniente procedió a verificar las condiciones vitales de la actora, lo cual constituye una vulneración de la carga de confirmación". Por lo tanto, amparó los derechos fundamentales de la accionante.

60.2. Sentencia T-591 de 2017. Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz presentaron acción de tutela contra la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda, por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana por no hacer efectiva el seguro de vida suscrito por su padre. La aseguradora argumentó que el tomador incurrió en reticencia, porque en la declaración de asegurabilidad únicamente indicó que padecía de diabetes mellitus, pero no de hipertensión arterial. La aseguradora no practicó exámenes médicos. La Sala Cuarta determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales de las accionantes, porque omitió su deber de (i) "adelantar las investigaciones pertinentes para estudiar el nivel del riesgo" y (ii) tampoco consignó ninguna exclusión en el clausulado contractual. Estas obligaciones eran exigibles, habida cuenta de que el accionante, al presentar la declaración de asegurabilidad, informó que padecía diabetes mellitus. De manera que, si bien no especificó que sufría de hipertensión arterial, la aseguradora podía conocer ese hecho si hubiese practicado exámenes médicos o indagado en la historia clínica del paciente. Además, la aseguradora no probó la mala fe del asegurado, pues no demostró la relación entre la hipertensión arterial y el siniestro.

60.3. Sentencia T-658 de 2017. Luis Fernando López presentó acción de tutela en contra de Colmena Seguros S.A., por considerar que esta vulneró sus derechos fundamentales al debido proceso, mínimo vital y vivienda digna al objetar el pago del seguro contratado. La aseguradora objetó el pago con fundamento en que, en la declaración de asegurabilidad, el tomador no informó que sufría de epilepsia desde los doce años y padecía de hipertensión arterial con anterioridad a la suscripción de la póliza. La Sala Tercera determinó que la aseguradora vulneró los derechos fundamentales del accionante, porque no demostró el nexo causal entre la epilepsia y la hipertensión (preexistencias) y la incapacidad total y permanente (siniestro). Al respecto, resaltó que el siniestro acaeció dado que al accionante le

fue dictaminada una PCL del 51% fundada en la “disfunción de extremidad superior dominante”; “deficiencia por trastornos de la postura, la marcha y el movimiento y trastornos psicóticos y del humor”, con fecha de estructuración 5 años después de haber celebrado el contrato de seguro. Además, la aseguradora no tuvo en consideración que (i) se adelantaba un proceso ejecutivo sobre el inmueble habitaba junto con su familia y (ii) se encontraba en situación de vulnerabilidad, porque era de escasos ingresos económicos y padecía múltiples enfermedades.

60.4. Sentencia SC167-2023. La Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia estudió el recurso de casación formulado por Seguros de Vida Suramericana S.A. en el caso de Jimmi Valencia Rentería quien suscribió contrato de seguro con esta compañía, mediante el cual se amparó el riesgo de muerte del tomador. El tomador falleció, por causa de una asfixia mecánica relacionada con su obesidad. La aseguradora se negó a pagar la indemnización, por considerar que el señor Valencia Rentería omitió declarar que padecía de diabetes mellitus, pese a que la aseguradora le preguntó expresamente si había sido diagnosticado con esta enfermedad en la declaración de asegurabilidad. La Sala Civil consideró que en ese caso “a pesar del ocultamiento, la aseguradora no actuó como un profesional diligente durante el trámite del aseguramiento, pues, en tal calidad podía y debía conocer la información callada por el asegurado”. Lo anterior, habida cuenta de que “sus funcionarios pudieron apreciar el estado de sobrepeso del entonces candidato a tomador”. La Sala explicó que si bien la apreciación del sobrepeso del tomador “no implicaba, para la aseguradora, el deber de diagnosticar de un vistazo (…) la diabetes mellitus, sí surgía la posibilidad de sospechar de la existencia de potenciales enfermedades, ya que la regla de la experiencia sugiere que las personas con sobrepeso suelen tener comorbilidades asociadas”. Por esta razón, la aseguradora tenía el deber de “haber disipado la sospecha, a través de la práctica de un examen médico, o de la solicitud de la historia clínica, [pues de haberlo hecho] hubiere arribado al conocimiento de las comorbilidades que el paciente dejó de declarar”. Por esta razón, la Sala decidió descartar el argumento propuesto por la aseguradora, según el cual no estaba obligada a practicar los referidos exámenes médicos y, en consecuencia, decidió no casar la sentencia del Tribunal de segunda instancia.

60.5. Sentencia STC117-2023. La Sala de Casación Civil resolvió una acción de tutela interpuesta por Yoladis Ruiz Mayorga por Positiva Compañía de Seguros S.A. La accionante suscribió contrato de seguro con esta compañía mediante el cual se amparó el riesgo de

incapacidad total y permanente. La tomadora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 100% por un diagnóstico de “disfonía, hipotiroidismo, trastorno de disco lumbar, trastorno depresivo frecuente y trombocitopenia primaria”. La aseguradora objetó el pago de la indemnización, por considerar que la tomadora fue reticente, pues omitió declarar que antes de suscribir el contrato ya había sido diagnosticada con disfonía. La Sala Civil descartó el argumento de la aseguradora, pues consideró que no existió mala fe por parte de la tomadora. Al respecto, sostuvo que, tal como lo consideró el juez de primera instancia, “el formulario de solicitud de seguro, [preguntó] si el asegurado está dispuesto a realizarse un examen médico, a lo que la señora YORLADYS contestó afirmativamente, de tal suerte que si su intención era ocultar el estado real de su salud pues no resulta coherente que no se niegue a practicarse el examen médico que requiera la aseguradora”. La aseguradora, sin embrago, no realizó exámenes médicos. En estos términos, concluyó que “la aseguradora contó con la posibilidad de constatar el estado del riesgo informado por aquella y nada hizo al respecto”, por lo que no podía alegar la nulidad del contrato.

61. La siguiente tabla sintetiza las reglas que determinan en qué casos los tomadores de seguros incurren en reticencia y sus efectos:

La reticencia en el contrato de seguro

1. 1. El inciso 1º del artículo 1058 del CCo. dispone que 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 la aseguradora. En los contratos que tengan por objeto amparar un riesgo relacionado con la muerte, enfermedad o pérdida capacidad laboral, el tomador tiene la obligación de informar al asegurador sobre los diagnósticos o afecciones en salud de los que tenga conocimiento. Estos diagnósticos o afecciones en salud se denominan preexistencias.

2. 2. La reticencia es la declaración inexacta de las circunstancias que determinan el estado del riesgo. La reticencia que genera la nulidad del contrato tiene tres elementos o requisitos esenciales: (i) el tomador debe haber actuado de la mala fe, lo que ocurre cuando se prueba que conocía la preexistencia, pero no la informó para que la prima no se hiciera más onerosa o el asegurador no desistiera del contrato; (ii) las preexistencias deben ser relevantes o trascendentes y (iii) debe existir un nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. La carga

de la prueba de acreditar estos elementos corresponde a la aseguradora.

3. 3. El inciso 4º del artículo 1058 del CCo. dispone que no será nulo el contrato “si el asegurador, antes de celebrar[lo], ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración”. En tales términos, la aseguradora tiene un deber de debida diligencia en la etapa precontractual para determinar el verdadero estado del riesgo. El incumplimiento de este deber hace presumir que la aseguradora conocía los vicios de la declaración y, en consecuencia, no puede alegar la nulidad por reticencia. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo de los vicios de la declaración.

4. 4. No obstante, el alcance y contenido del deber de diligencia que es exigible a la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida no ha sido delimitado de forma uniforme por la jurisprudencia constitucional y ordinaria. Existen tres posturas diferenciables en la jurisprudencia ordinaria:

i. (i) Postura 1. La aseguradora cumple con el deber de diligencia si, en la etapa precontractual, formula un cuestionario claro y preciso al tomador en el que se indaga por su estado de salud y las patologías que padece. La aseguradora no está obligada a verificar la veracidad de declaración de asegurabilidad y de las respuestas al cuestionario a través de, por ejemplo, exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador.

ii. (ii) Postura 2. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario.

iii. (iii) Postura 3. El deber de diligencia no se satisface con la formulación de un cuestionario y la declaración de asegurabilidad. En todos los casos, la aseguradora tiene la carga de realizar labores adicionales para constatar el estado del riesgo, tales como realizar exámenes

médicos, solicitar diagnósticos recientes o revisar la historia clínica del tomador. Si no cumple con esta carga, aplica la regla de conocimiento presuntivo y no podrá alegar la nulidad del contrato por reticencia.

5. La Corte Constitucional ha sostenido que las aseguradoras vulneran (i) el derecho fundamental al debido proceso de los tomadores cuando niegan el pago de los seguros de vida de manera infundada, lo que ocurre cuando objetan el pago de la póliza con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no demuestran la mala fe, la trascendencia de la preexistencia o el nexo entre ésta y el siniestro. Asimismo, (ii) ha indicado que violan el derecho fundamental al mínimo vital, cuando el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y la falta de pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones de subsistencia mínimas.

5. Caso concreto

62. En esta sección, la Sala resolverá los casos concretos, para lo cual examinará de forma independiente cada una de las solicitudes de tutela. En cada aparte, la Sala resumirá las posiciones de las partes, planteará el problema jurídico y estudiará si la aseguradora violó los derechos fundamentales de los accionantes al objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro.

63. Como se expuso en la sección precedente, en la jurisprudencia existen tres posturas sobre el alcance y contenido del deber de diligencia que es exigible a la aseguradora para comprobar el estado de salud del tomador o beneficiario en los seguros de vida. La Sala Séptima reconoce la razonabilidad de las tres posturas. Sin embargo, la Sala considera que, para resolver el caso concreto, corresponde aplicar la postura 2. Esto, por dos razones:

1. %1.1. Primero, en criterio de la Sala Séptima esta es la postura que mejor armoniza las obligaciones de las partes del contrato de seguro en la etapa precontractual y no impone cargas desproporcionadas e irrazonables a ninguna de ellas. Esto, porque, a diferencia de la postura 3, no deja sin efectos la obligación del tomador de declarar sinceramente las preexistencias, la cual está fundada en el principio de la buena fe. Por el contrario, reafirma que, durante la etapa precontractual, tanto el tomador como la aseguradora debe comportarse con lealtad y probidad. Al mismo tiempo, en contraste con la postura 3, resalta

que las aseguradoras son profesionales del sector financiero y asegurador, lo que implica que tienen un deber de diligencia más exigente en la etapa precontractual, encaminado a comprobar la veracidad de la declaración de asegurabilidad. Asimismo, reconoce que (i) los contratos de seguro de vida suelen ser de adhesión, (ii) los tomadores suelen ser consumidores y son la parte débil de la relación contractual y (iii) las aseguradoras pueden constatar la declaración de asegurabilidad mediante la revisión de la historia clínica o la realización de exámenes médicos. Este deber de comprobación no es desproporcionado, porque, conforme a lo explicado, sólo es aplicable cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone a la aseguradora la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.

2. %1.2. Segundo, la postura 2 refleja la actual jurisprudencia en vigor de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, que es el tribunal de cierre de la jurisdicción ordinaria, juez natural de las controversias suscitadas en torno al contrato de seguro. En efecto, esta postura fue aplicada recientemente en las sentencias SC167-2023 y STL588-2023. En criterio de la Sala de Revisión, habida cuenta de la razonabilidad de esta postura y del principio de especialidad, el juez de tutela debe ser deferente con el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria.

5.1. Expediente T-9.508.029. Acción de tutela presentada por Jorge Luis Torres Hernández y otros en contra de Seguros Bolívar S.A.

i. (i) Posiciones de las partes y problema jurídico

64. Jorge Luis Torres Hernández y los demás accionantes consideran que Seguros Bolívar vulneró sus derechos al debido proceso y al mínimo vital, al objetar el pago del crédito No. 3509 adquirido por su padre (tomador). Argumentan que la aseguradora no realizó exámenes médicos ni verificó el estado de salud del tomador en su historia clínica y tampoco demostró que este hubiese obrado de mala fe. La aseguradora, por su parte, alegó que el tomador fue reticente, porque negó sufrir de una serie de enfermedades por las que esta le preguntó explícitamente y cuyo diagnóstico fue conocido por el tomador más de un año antes de contratar el seguro. En primera y segunda instancia, los jueces de tutela declararon improcedente el amparo por considerar que la solicitud no superaba el requisito de

subsidiariedad, dado que los accionantes contaban con medios judiciales ordinarios idóneos y eficaces para ventilar su pretensión.

65. En tales términos, la Sala debe resolver el siguiente problema jurídico:

¿Seguros Bolívar S.A. vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández al negarse a pagar el crédito No. 3509, bajo el argumento de que su difunto padre había, presuntamente, incurrido en reticencia?

() Análisis de la Sala

66. La Sala considera que la negativa de Seguros Bolívar a pagar la indemnización pactada en la póliza fue arbitraria y vulneró los derechos al debido proceso y mínimo vital de Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández, al objetar el pago de la indemnización pactada en la póliza. Esto, por las siguientes tres razones:

67. Primero. La aseguradora no probó la mala fe del tomador. La Sala reconoce que en la declaración de asegurabilidad suscrita el 24 de febrero de 2021, el tomador negó haber sufrido o haber sido diagnosticado con enfermedad alguna. Sin embargo, autorizó de forma expresa a Seguros Bolívar S.A. para “tener acceso a [su] historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o IPS o cualquier otra persona que [le] haya atendido”. Precisó que dicha autorización quedaría vigente aún después de su fallecimiento. La Sala considera que si la intención del señor Torres Martínez hubiese sido ocultar de forma fraudulenta sus condiciones de salud, no habría otorgado dicha autorización o se habría opuesto a que la aseguradora realizara averiguaciones adicionales. En estos términos, en el presente caso, la autorización de acceso a la historia clínica desvirtúa la mala fe. Así lo ha considerado la Corte Suprema de Justicia en los casos en que estos han autorizado expresamente acceder a su historia clínica o han consentido someterse a los exámenes médicos solicitados por la aseguradora.

68. Segundo. La Sala encuentra que la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, por lo que es aplicable la

regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En criterio de la Sala, este deber era exigible en el presente caso y la aseguradora no podía conformarse, exclusivamente, con la declaración de asegurabilidad para calificar el estado del riesgo. Esto, por las siguientes dos razones:

68.1. Cuando la declaración de asegurabilidad fue suscrita, el país estaba saliendo del segundo pico de fallecimientos por contagio de Covid-19 y se preparaba para el tercero y más fuerte. Era un hecho de público conocimiento que las enfermedades cardiovasculares, hepáticas crónicas, la obesidad y la hipertensión eran comorbilidades que incrementaban el riesgo de muerte por Covid-19. El tomador había sido diagnosticado con este tipo de padecimientos. En criterio de la Sala, en el contexto de una pandemia por Covid-19, era exigible que la aseguradora desarrollara actuaciones adicionales tendientes a investigar por el verdadero estado de salud del tomador, habida cuenta de que estaba amparando el riesgo por muerte. Este es el mínimo de diligencia que se espera de un profesional en el marco de una pandemia sin precedentes.

68.2. La aseguradora tenía acceso a la historia clínica del tomador y, sin embargo, no la revisó sin exponer ninguna justificación. De haberlo hecho, habría advertido los padecimientos que a la fecha habían sido diagnosticados al tomador. En efecto, la historia clínica evidencia que el señor Torres Martínez padecía de “enfermedad de Hansen” (Lepra), “enfermedad cardiaca hipertensiva sin insuficiencia cardiaca”, “obesidad debida a exceso de calorías” y “hepatitis aguda tipo b”.

69. Tercero. La aseguradora ignoró que los accionantes se encuentran en una situación de vulnerabilidad por razones económicas y de salud. En efecto, (i) Elsa Sofía Hernández se encuentra en el grupo “C11: vulnerable” en el Sisbén IV y padece de hipertensión arterial y artrosis degenerativa; (ii) Jorge Luis Torres Hernández se encuentra en el grupo “B7: pobreza moderada” de la clasificación en el Sisbén IV y padece de secuelas en su salud como consecuencia del contagio de Covid 19; (iii) Diana Luz Torres Hernández se encuentra en el grupo “A4: pobreza extrema” en el Sisbén IV. Su esposo se encuentra desempleado y tiene cuatro hijos -uno de los cuales se encuentra en condición de discapacidad- y, por último, (iv) Eider Torres Hernández devenga un salario mínimo mensual y tiene a cargo a sus tres hijos. Además, algunos de los accionantes residen en una casa que era propiedad de su difunto padre y que se encuentra hipotecada al Banco como garantía del crédito que la aseguradora

se rehúsa a pagar. En estos términos, la negativa de la aseguradora a pagar la indemnización del seguro para cubrir la obligación crediticia pone en riesgo el derecho fundamental al mínimo vital de los accionantes.

70. Conclusión. En síntesis, la Sala concluye que en el presente caso no se demostró el elemento subjetivo de la reticencia y, además, operó la regla de conocimiento presuntivo. Por esta razón, la objeción al pago de la indemnización constituyó una actuación arbitraria que vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes. Además, la aseguradora ignoró la condición de especial vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran los accionantes, con lo que puso en riesgo el derecho al mínimo vital.

() Órdenes y remedios

71. Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala dispondrá:

71.1. Revocar la sentencia de 11 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Único Promiscuo de Familia de Fundación (Magdalena), que confirmó la providencia de 24 de marzo de 2023 del Juzgado Promiscuo Municipal de Aracataca (Magdalena), mediante la cual se declaró improcedente el amparo. En su lugar, concederá el amparo definitivo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes.

71.2. Ordenará a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 06823256700113509 adquirido por Federman Eligio Torres Martínez y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores.

5.2. Expediente T-9.528.456. Acción de tutela presentada por Jesús Hernando Torres en contra de Seguros Bolívar S.A, Banco Davivienda S.A y EMSSSANAR EPS

i. (i) Posiciones de las partes y problema jurídico

72. Jesús Hernando Torres considera que Seguros Bolívar y el Banco Davivienda vulneraron sus derechos al debido proceso y al mínimo vital, al objetar el pago del crédito No. 4026, que fue asegurado mediante la póliza que suscribió con la aseguradora. Manifiesta que la

negativa de la aseguradora es arbitraria, porque se funda en que el accionante no informó acerca de una condición de salud que en nada se relacionaba con la ocurrencia del siniestro. Por su parte, la aseguradora sostiene que el tomador fue reticente, porque omitió manifestar en la declaración de asegurabilidad que padecía de hipoacusia neurosensitiva bilateral con uso de audífonos. El juez de tutela de única instancia declaró improcedente el amparo por considerar que la solicitud incumplía el requisito de subsidiariedad, dado que el accionante podía plantear su pretensión ante la jurisdicción ordinaria.

73. En este sentido, la Sala debe resolver el siguiente problema jurídico:

¿Seguros Bolívar S.A. vulneró los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres al negarse a pagar el crédito No. 4026, bajo el argumento de que el tomador incurrió en reticencia lo que produjo la nulidad del contrato?

() Análisis de la Sala

74. La Sala considera que Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres, porque negó el pago de la póliza de seguro de forma infundada. Lo anterior, en tanto no probó la mala fe del tomador y el nexo de causalidad entre la preexistencia y el siniestro. Además, ignoró que el accionante se encontraba en situación de vulnerabilidad por lo que el no pago de la indemnización pactada ponía en riesgo su mínimo vital.

75. Primero. La aseguradora no acreditó la mala fe -elemento subjetivo- del tomador. La declaración de asegurabilidad suscrita el 12 de julio de 2017, es un formato en el que el tomador únicamente diligenció sus datos personales. En esta se encuentran una serie de cláusulas que únicamente demuestran que el tomador declaró que: “1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud (…) 2. No sufro actualmente de dolencias (…), 3. No me he sometido ni me han programado procedimientos o intervenciones quirúrgicas (…) 4. en la actualidad no sufro síntomas (…) 5. No tengo limitación física o mental alguna”. La Sala encuentra que estas cláusulas son excesivamente genéricas -no claras y precisas como lo exige la jurisprudencia- y no dan lugar a que el tomador precise si padece solo alguna de las enfermedades enlistadas o una que no se encuentra allí, como es el caso del accionante. En estos términos, la aseguradora no preguntó al accionante si tenía algún diagnóstico distinto a

los enlistados y, en particular, no cuestionó si padecía hipoacusia o usaba audífonos para la pérdida auditiva. En las numerosas reclamaciones presentadas por el accionante a la aseguradora este manifestó que no indicó que usaba los señalados audífonos, porque consideró que “carecía de relevancia para solicitar el crédito”.

76. Segundo. Seguros Bolívar no probó que la preexistencia que no fue informada fuera transcendente o relevante, en los términos de la jurisprudencia constitucional. En efecto, la aseguradora no expuso ningún argumento que permita concluir que, de haber conocido el diagnóstico de hipoacusia bilateral neurosensitiva, (i) no hubiere suscrito la póliza o (ii) la prima hubiere sido más alta.

77. Tercero. Seguros Bolívar no demostró el nexo causal entre la preexistencia y el siniestro. En efecto, la aseguradora no aportó ningún elemento de prueba que razonablemente permita concluir que la hipoacusia del accionante tuvo algún nexo causal con el accidente cerebrovascular (ACV) que generó la pérdida total de la visión y la consecuente pérdida de capacidad laboral. Por lo demás, la Sala advierte que la información que está consignada en la historia clínica no permite inferir, si quiera prima facie, la existencia de dicho nexo.

78. Cuarto. La aseguradora ignoró que el tomador se encuentra en una situación de vulnerabilidad, lo que implica que el no pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro podía poner en riesgo sus derechos. En particular, la Sala resalta que el señor Jesús Hernando Torres (i) es un adulto mayor, (ii) perdió por completo la visión de ambos ojos, (iii) no tiene una red de apoyo familiar, (iv) se le dictaminó una PCL del 72.9% y (v) su único ingreso es su pensión de invalidez por $1.160.000 mensuales.

79. Conclusión. En este orden de ideas, la Sala concluye que Seguros Bolívar desconoció los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital del accionante, como quiera que no demostró la mala fe del tomador, pues si bien el accionante conocía de su diagnóstico al momento de adquirir la póliza, no se acreditó que la aseguradora hubiera preguntado por dicha enfermedad, ni que el accionante lo hubiese ocultado con el objeto de que la prima no se hiciera más onerosa o que la aseguradora desistiera del contrato. Así mismo, la aseguradora no probó el no demostró que la preexistencia fuera determinante para brindar su consentimiento, y tampoco que la hipoacusia tuviera algún nexo de causalidad con el ACV que le generó la ceguera total, así como la posterior PCL. Además, la aseguradora omitió que

el tomador se encontraba en circunstancias de debilidad manifiesta, de manera que la objeción de pago de la póliza ponía en riesgo su mínimo vital.

() Órdenes y remedios

80. Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala adoptará los siguientes remedios y ordenes:

80.1. Revocará la sentencia de 1 de febrero de 2023 proferida por el Juzgado Cuarto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Pasto que declaró improcedente la solicitud de tutela. En su lugar, concederá el amparo definitivo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital del accionante.

80.2. Ordenará a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 05910106001124026 adquirido por Jesús Hernando Torres y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores.

III. SÍNTESIS DE LA DECISIÓN

81. Las acciones de tutela. La Sala revisó las sentencias dictadas en el trámite de las acciones de tutela acumuladas (expedientes T-9.508.029 y T-9.528.456) presentadas por Jorge Luis Torres Hernández, Elsa Sofía Hernández Villalba, Eider Alberto Torres Hernández y Diana Luz Torres Hernández, de un lado, y Jesús Hernando Torres, de otro, en contra de Seguros Bolívar S.A. y el Banco Davivienda. Los accionantes argumentaban que la aseguradora vulneró sus derechos fundamentales al debido proceso y mínimo vital, al negarse a pagar las indemnizaciones de los seguros de vida contratados para garantizar el pago de los créditos adquiridos con el Banco Davivienda, bajo el argumento de que el contrato era nulo, porque los tomadores incurrieron en reticencia.

82. Decisión de la Sala. La Sala consideró que en el expediente T-9.508.029 Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes, debido a que la aseguradora no demostró el elemento subjetivo de la reticencia y, además, operó la regla de

conocimiento presuntivo. Por esta razón, la objeción al pago de la indemnización constituyó una actuación arbitraria que vulneró el derecho al debido proceso de los accionantes. Además, la aseguradora ignoró la condición de especial vulnerabilidad socioeconómica en que se encuentran los accionantes, con lo que afectó su derecho al mínimo vital.

83. De otro lado, en el expediente T-9.528.456, la Sala concluyó que Seguros Bolívar vulneró los derechos al debido proceso y al mínimo vital de Jesús Hernando Torres, porque negó el pago de la póliza de seguro de forma infundada. Lo anterior, en tanto no probó que la reticencia generara la nulidad del contrato, pues omitió demostrar que la preexistencia fuera determinante y el nexo entre esta y el siniestro. Además, no tomó en consideración la situación de especial vulnerabilidad del accionante.

84. Órdenes y remedios. En el expediente T-9.508.029, la Sala revocó los fallos de instancia y concedió el amparo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital de los accionantes. Además, ordenó a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 06823256700113509 adquirido por Federman Eligio Torres Martínez y (ii) en lo sucesivo, se abstenga de objetar el pago de la indemnización pactada en seguros de vida con fundamento en la reticencia del tomador, a pesar de no haber cumplido con el deber de diligencia en la comprobación del estado del riesgo, y sin antes acreditar la mala fe de los tomadores. Por su parte, en el expediente T-9.528.456, la Sala revocó el fallo de instancia y concedió el amparo de los derechos al debido proceso y al mínimo vital. Para subsanar dicha violación a los derechos fundamentales, ordenó a Seguros Bolívar que (i) dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente decisión, pague la indemnización pactada en la póliza y cubra el crédito N.º 05910106001124026 adquirido por Jesús Hernando Torres y (ii) reiteró la misma advertencia hecha en el otro caso.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional,

RESUELVE

PRIMERO. En el expediente T-9.508.029, REVOCAR la sentencia proferida el 11 de mayo de 2023 proferida por el Juzgado Único Promiscuo de