

Sentencia T-027/19

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Protección al mínimo vital de personas en estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta

LEGITIMACION POR PASIVA EN TUTELA-Entidades financieras, bancarias y aseguradoras

ACCION DE TUTELA Y REQUISITO DE SUBSIDIARIEDAD-Flexibilidad en caso de sujetos de especial protección constitucional

CARENCIA ACTUAL DE OBJETO-Fenómeno que se configura en los siguientes eventos: hecho superado, daño consumado o situación sobreviniente

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Aplicación

INTERPRETACION PRO CONSUMATORE-Interpretación del contrato de seguros a favor del asegurado

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

La Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Jurisprudencia constitucional

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Reglas jurisprudenciales

DERECHO AL MINIMO VITAL-Dimensión positiva y negativa

DERECHO AL MINIMO VITAL DE SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION-Procedencia de la tutela

CONTRATO DE SEGUROS-Omisión en la información oportuna, clara y completa en la póliza de seguro constituye una práctica abusiva de las entidades financieras y vulnera derechos fundamentales

DERECHO AL MINIMO VITAL EN CONTRATO DE SEGUROS-Orden a Aseguradora hacer efectiva póliza con el pago de saldos insolutos de los créditos adquiridos

Referencia: Expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194, acumulados.

Magistrado Ponente:

ALBERTO ROJAS RÍOS

Bogotá D.C., treinta (30) de enero de dos mil diecinueve (2019).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Diana Fajardo Rivera, Carlos Bernal Pulido y Alberto Rojas Ríos -quien la preside-, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos por:

1. La Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Civil-, el 15 de noviembre de 2017, que confirmó la providencia dictada por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cundinamarca -Sala de Decisión Civil Familia-, el 17 de octubre de 2017, que a su vez denegó el amparo solicitado dentro de la tutela promovida por Yesid Montes Ospina contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (T-6.563.653).
2. El Juzgado Once Laboral del Circuito de Cali, el 18 de octubre de 2017, que confirmó la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Cali, el 18 de agosto de 2017, que a su vez declaró improcedente la acción de tutela instaurada por Fabiola Morales Vidal contra Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero (T-6.565.840).
3. El Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de El Espinal, el 30

de agosto de 2017, en única instancia, que denegó por improcedente la acción de tutela formulada por Sindy Cristina Cuéllar Ardila contra Compañía de Seguros Bolívar S.A. (T-6.579.174).

4. El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Bogotá, el 15 de enero de 2018, que denegó la protección implorada tras revocar el fallo dictado por el Juzgado Veintiocho Civil Municipal de Bogotá, el 27 de noviembre de 2017, que había concedido el amparo solicitado dentro de la acción de tutela promovida por Luis Ricardo Sánchez Sánchez contra Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (T-6.580.365).

5. El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Antioquia -Sala de Decisión Penal-, el 04 de octubre de 2017, que confirmó la providencia proferida por el Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Rionegro, el 04 de agosto de 2017, que a su vez denegó por improcedente la acción de tutela instaurada por Juan Carlos Villa Álvarez contra Positiva Compañía de Seguros S.A. (T-6.593.057).

6. El Juzgado Cuarto Penal del Circuito de Santa Marta, el 29 de agosto de 2017, que declaró improcedente el amparo reclamado tras revocar el fallo dictado por el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santa Marta, el 29 de junio de 2017, que había concedido la protección implorada en el marco de la acción de tutela formulada por Jorge Luis Navarro Villamizar contra Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y Banco Caja Social S.A. (T-6.594.184).

7. El Juzgado Tercero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, el 16 de junio de 2017, en única instancia, que denegó por improcedente la acción de tutela promovida por Víctor Alfonso Manrique Moreno contra Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A. (T-6.599.768).

8. El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, el 24 de octubre de 2017, que confirmó la providencia adoptada por el Juzgado Once Civil Municipal de Oralidad de Medellín, el 15 de septiembre de 2017, que a su vez denegó la acción de tutela instaurada por Jaime Cabrera Lozano contra Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. (T-6.605.576).

9. El Juzgado Quinto Penal del Circuito de Villavicencio, el 11 de octubre de 2017, que

confirmó la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Villavicencio, el 14 de agosto de 2017, que a su vez denegó el amparo reclamado dentro de la acción de tutela formulada por Jaime Albarracín Daza contra Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A. (T-6.608.194).

La Sala de Selección de Tutelas Número Dos[1] de la Corte Constitucional, por Auto[2] del 16 de febrero de 2018, seleccionó los expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174 y T-6.580.365 para su revisión y, de acuerdo con el sorteo realizado, los repartió al Despacho del Magistrado Alberto Rojas Ríos, para que tramitara y proyectara la sentencia correspondiente. Al tiempo, por presentar unidad de materia, los acumuló entre sí para que fueren fallados en una sola providencia, si así lo llegare a considerar la respectiva Sala de Revisión.

Esa misma Sala de Selección de Tutelas, en Auto[3] del 27 de febrero de 2018, seleccionó los expedientes T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194 para su revisión y, por presentar unidad de materia, los acumuló entre sí y con el expediente T-6.563.653, acumulado, para que fueren decididos en un solo fallo, a lo que en efecto se procede.

I. ANTECEDENTES

El 4 de octubre, 3 de agosto, 15 de agosto, 15 de noviembre, 25 de julio, 14 de junio, 25 de mayo, 7 de septiembre y 28 de julio de 2017, Yesid Montes Ospina, Fabiola Morales Vidal, Sindy Cristina Cuéllar Ardila, Luis Ricardo Sánchez Sánchez, Juan Carlos Villa Álvarez, Jorge Luis Navarro Villamizar, Víctor Alfonso Manrique Moreno, Jaime Cabrera Lozano y Jaime Albarracín Daza, respectivamente, formularon, por separado, acciones de tutela contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (T-6.563.653); Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero (T-6.565.840); Compañía de Seguros Bolívar S.A. (T-6.579.174); Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (T-6.580.365); Positiva Compañía de Seguros S.A. (T-6.593.057), Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y Banco Caja Social S.A. (T-6.594.184); Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A. (T-6.599.768); Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros Bolívar S.A. (T-6.605.576); y Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.

(T-6.608.194), respectivamente.

Tabla 1. Expediente, accionante y entidad y/o autoridad judicial accionada

Expediente

Accionante

Entidad y/o autoridad judicial accionada

Yesid Montes Ospina

Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot

T-6.565.840

Fabiola Morales Vidal

Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector
Financiero

T-6.579.174

Sindy Cristina Cuéllar Ardila

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

T-6.580.365

Luis Ricardo Sánchez Sánchez

Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

T-6.593.057

Juan Carlos Villa Álvarez

Positiva Compañía de Seguros S.A.

T-6.594.184

Jorge Luis Navarro Villamizar

Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y Banco Caja Social S.A.

T-6.599.768

Víctor Alfonso Manrique Moreno

Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A.

T-6.605.576

Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A.

T-6.608.194

Jaime Albarracín Daza

Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.

A. Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Yesid Montes Ospina, de 67 años de edad, formuló acción de tutela contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot, por considerar desconocido su derecho fundamental al debido proceso, según lo que a continuación se expone:

a) El 13 de noviembre de 2012, el peticionario adquirió crédito por libranza número 54650000065020003804 con el Banco de Occidente S.A., por el valor de \$25.000.000, y suscribió contrato de seguro con Seguros de Vida Alfa S.A. (en adelante Alfa), que ampararía la incapacidad total y permanente sufrida como consecuencia de lesión o enfermedad que impidiera total y permanentemente desempeñar su ocupación habitual al

tener una pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%.

b) En dictamen del 17 de diciembre de 2013, Colsubsidio calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 68%, con fecha de estructuración del 17 de diciembre de 2013.

c) El demandante solicitó a Alfa la efectividad de la póliza de seguro, sin embargo, ello fue denegado bajo el argumento de que el evento reclamado carecía de cobertura, toda vez que, a su juicio, para el 13 de noviembre de 2013 (inicio de la vigencia del contrato de seguro, según la empresa aseguradora[4]) el accionante “ya se encontraba incapacitado al habersele estructurado una Pérdida de la Capacidad Laboral del 68% a partir del 25 de enero de 2010”, data en la cual se diagnosticó la enfermedad de Párkinson al tutelante.

d) Así las cosas, el actor promovió proceso verbal contra la aseguradora y el Banco, cuyo radicado correspondió al número 2015-00428.

e) En sentencia del 6 de abril de 2017, el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Girardot no accedió a las pretensiones de la demanda, al estimar probada la excepción de ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, esto es, el riesgo asegurable. Expuso que “la enfermedad de Párkinson no es un riesgo asegurable por la póliza de riesgo adquirida el 13 de noviembre de 2012, en razón de que la estructuración de pérdida de capacidad laboral se generó el 25 de enero de 2010 mientras el crédito por libranza fue otorgado el 13 de noviembre de 2012”. Dicho pronunciamiento fue apelado por el demandante.

f) El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot, mediante fallo del 22 de septiembre de 2017, confirmó la decisión al considerar que “el riesgo no era incierto para el momento en que se celebró el contrato, desquiciándose de esta manera el requisito de asegurabilidad que exige la ley, pues recuérdese que tratándose de seguros de vida como el que concita el estudio de este proceso, no es admisible el aseguramiento de hechos presentes o ciertos como acontece con la enfermedad de párkinson que cursa el actor, que fue diagnosticada y conocida por él con antelación a la materialización del contrato de mutuo mercantil y el seguro de vida Grupo Deudores que se pretende afectar.”

g) El actor alegó que el juzgado accionado incurrió en defecto fáctico, ya que no tuvo en cuenta la fecha de estructuración de la invalidez fijada en el dictamen dado por Colsubsidio

el 17 de diciembre de 2013, sino la fecha en que se le diagnosticó Párkinson, esto es, el 25 de enero de 2010.

2. El peticionario solicitó el amparo implorado, se deje sin efecto la sentencia adoptada por la autoridad judicial censurada, y se ordene proferir una nueva decisión con la cual se condene a Alfa pagar el seguro.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

Disco compacto (CD)[5], en el cual se encuentran incorporadas las decisiones de instancias que se adoptaron en el marco del proceso ordinario laboral radicado bajo el número 2015-00428.

Actuación procesal

En auto[6] del 4 de octubre de 2017, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cundinamarca –Sala Civil Familia- admitió la acción de tutela, corrió traslado al demandado y vinculó al Juzgado de primera instancia y a las partes e intervinientes del referido proceso verbal, para que ejercieran su derecho de defensa. Surtidas las respectivas comunicaciones, se pronunciaron el operador judicial accionado y el Banco de Occidente.

En respuesta[7] del 10 de octubre de 2017, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot solicitó denegar el amparo reclamado, al simplemente indicar que “la decisión tomada en SEGUNDA INSTANCIA por el titular de este despacho, al resolver respecto al recurso de Apelación interpuesto contra la Sentencia proferida dentro del proceso VERBAL de 2a INSTANCIA, siendo demandante YESID MONTES OSPINA y demandados BANCO DE OCCIDENTE y ASEGURADORA DE VIDA ALFA S.A., procedente del Juzgado Cuarto Civil Municipal de esta ciudad, se encuentra ajustada a derecho y dentro de la legalidad.”

Por escrito[8] del 13 de octubre de 2017, el Banco de Occidente sostuvo que “es Acreedor Garantizado con dicha póliza, no un obligado al pago de la misma.” Agregó que “las decisiones contra las que acciona el aquí actor, fueron proferidas con total apego a las disposiciones legales y previa valoración juiciosa del material probatorio allegado al proceso.”

Sentencia de primera instancia

El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cundinamarca –Sala Civil Familia-, mediante sentencia[9] del 17 de octubre de 2017, denegó la protección solicitada, al indicar que no puede concebirse arbitraria la valoración probatoria que realizó la autoridad censurada, al contrario, expuso de manera clara y precisa las conclusiones que extrajo de las pruebas obrantes en el expediente. El a quo coincidió con la conclusión a la que arribó el Juzgado censurado para denegar las pretensiones de la demanda ordinaria, es decir, que “el riesgo no era incierto para el momento en que se celebró el contrato,... no es admisible el aseguramiento de hechos presentes o ciertos como acontece con la enfermedad de párkinson que cursa el actor, que fue diagnosticada y conocida por él con antelación a la materialización del contrato de mutuo mercantil y el seguro de vida Grupo Deudores que se pretende afectar.”

Impugnación

El 23 de octubre de 2017, el tutelante presentó escrito[10] de impugnación, para solicitar que se revoque la decisión y, en su lugar, se proteja su derecho fundamental al debido proceso, por cuanto “no se debe tener en cuenta el hecho que se haya causado la invalidez, sino esta misma”.

Sentencia de segunda instancia

En fallo[11] del 15 de noviembre de 2017, la Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Civil- confirmó la decisión, al señalar que el pronunciamiento judicial cuestionado se sustentó de manera razonable, lo cual descarta cualquier viso de arbitrariedad o capricho. Explicó que “la autoridad acusada, contrario a lo afirmado por el querellante en el libelo genitor, profirió la providencia censurada con sustento en el examen que en forma conjunta, coherente y siguiendo los criterios de la sana crítica realizó frente a las pruebas allegadas regular y oportunamente al proceso”.

B. Expediente T-6.565.840, caso de Fabiola Morales Vidal

Hechos y pretensiones de la demanda

1. La señora Fabiola Morales Vidal, de 72 años de edad, formuló acción de tutela contra Mapfre Colombia S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero (en adelante

Mapfre y Corbanca, respectivamente), por estimar vulnerados sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad, con base en los siguientes hechos:

a) La accionante afirmó que durante su vida laboral fue asociada de Corbanca, desde el 15 de noviembre de 2002 hasta el 31 de julio de 2016.

b) Manifestó que en su condición de asociada, adquirió con Corbanca los siguientes créditos: (i) de vivienda, el 9 de febrero de 2007 por \$30.000.000; (ii) de consumo, el 19 de julio de 2013 por \$4.000.000; (iii) de navidad, el 20 de febrero de 2015 por \$7.000.000; y (iv) rotativo, el 24 de julio de 2015 por \$4.600.000. Expresa la actora que desde su afiliación a la cooperativa Corbanca adquirió un seguro de vida que cubría las contingencias de incapacidad total y permanente, y que, además, como requisito indispensable para acceder a cada uno de los referidos créditos se le exigía adquirir unas “pólizas de seguros deudores” a favor de la entidad, con el fin de garantizar cada una de las obligaciones.

c) En constancia[12] del 19 de octubre de 2007, Mapfre certificó que la demandante “se encuentra asegurado (Sic) en nuestra compañía desde el 01 de septiembre de 2007, en la póliza de Vida Grupo Asociados No. 3402100059701”, por los siguientes amparos y valores asegurados:

Amparo

Valor asegurado

Fallecimiento por cualquier causa

\$60.000.000

Incapacidad total y permanente

\$60.000.000

Fallecimiento accidental y beneficios por desmembración

\$60.000.000

Enfermedades graves

d) Con ocasión de los trastornos depresivos recurrentes, diabetes, patologías cardiovasculares y demás afecciones que padecía la actora, en dictamen[13] del 19 de octubre de 2015 fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 56,07%, de origen común y con fecha de estructuración del 26 de junio de 2015. En el dictamen se describen las siguientes deficiencias: insuficiencia renal crónica clase II, trastorno depresivo recurrente, diabetes mellitus II, enfermedad cardiovascular hipertensiva y enfermedad vascular periférica miembros inferiores.

e) En marzo de 2016, la accionante solicitó a Mapfre asumir el pago de las obligaciones financieras aseguradas con las pólizas de deudores, así como el pago de la póliza de vida, pero ésta resolvió desfavorablemente la solicitud el 29 del mismo mes y año al estimar que el trastorno depresivo recurrente se encontraba incurso en una causal de exclusión expresamente estipulada en la cláusula 2.1.1. del contrato de seguro, en los siguientes términos:

“2.1.1. Exclusiones para incapacidad total y permanente. El presente amparo no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes casos:

(...)

· Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente. (...)”

f) Ante la negativa de Mapfre, la peticionaria indicó encontrarse en desventaja, toda vez que las obligaciones existentes están incorporadas en títulos ejecutivos que pueden ser exigidos en cualquier momento.

2. De conformidad con la anterior situación fáctica, la demandante solicita que se amparen sus derechos fundamentales invocados y, en consecuencia, se ordene a la aseguradora Mapfre realizar el pago de las obligaciones con Corbanca respaldadas con las pólizas de deudores y de la póliza de seguro de vida.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula[14] de ciudadanía de la accionante.

2. Certificado[15] de afiliación de la actora a Corbanca.
3. Póliza[16] de seguro de Vida Grupo Asociados Mapfre Colombia S.A.
4. Certificado[17] de Mapfre de la póliza de vida, en la que se describen los riesgos (fallecimiento, incapacidad total y permanente, desmembración enfermedades graves) y el valor asegurado por cada uno de ellos.
5. Historia clínica[18] de la demandante.
6. Dictamen[19] de pérdida de capacidad laboral de la tutelante.
7. Respuesta[20] con la cual Mapfre se niega a asumir el siniestro.
8. Escrito[21] por el cual se insiste ante la accionada el pago del seguro.
9. Respuesta[22] negativa a la reconsideración de pago ante Mapfre.
10. Estado de cuenta de la actora a julio de 2016, expedido por Corbanca[23], en el que se detallan los créditos de vivienda, de consumo, de navidad y rotativo.
11. Último requerimiento de pago ante Corbanca[24].

Por auto del 04 de agosto de 2017, el Juzgado Sexto Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Cali admitió la acción de tutela y corrió traslado a Corbanca y Mapfre para que ejercieran su derecho de defensa.

El 10 de agosto de 2017, Corbanca indicó que es un fondo de empleados del sector financiero y señaló que a la accionante se le concedieron varios créditos dada su calidad de asociada, entre ellos uno de vivienda cuyas cuotas no se han cancelado desde el 31 de julio de 2016, incurriendo así en una mora en el pago de las cuotas por más de 226 días. Lo anterior dio lugar a una compensación entre las obligaciones a cargo de la actora y los aportes depositados por ella, quedando tras el cruce de cuentas un saldo de \$17'972.699 a cargo de la señora Fabiola Morales[25].

El 14 de agosto de 2017, Mapfre reiteró que su negativa se debe a que la enfermedad mental estaba excluida contractualmente de las coberturas de la póliza para el riesgo de

incapacidad total y permanente y que, justamente, fue una enfermedad mental (trastorno depresivo recurrente) la que desencadenó la invalidez de la accionante. Solicitó que se declarara improcedente la tutela, al ser un asunto meramente económico, por lo que le corresponde al juez ordinario dirimirlo[26].

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Sexto Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Cali, en sentencia[27] del 18 de agosto de 2017, declaró improcedente la acción de tutela, al estimar incumplidos los requisitos de inmediatez y subsidiariedad, toda vez que: (i) el requerimiento de pago de la póliza se hizo el 4 de mayo de 2016 y la tutela se formuló el 3 de agosto de 2017, es decir, un año y tres meses después, y (ii) la actora cuenta con otros mecanismos de defensa judicial.

Impugnación

El 29 de agosto de 2017, la demandante presentó escrito de impugnación[28] para pedir que se revoque la decisión del a quo y, en su lugar, se conceda la protección de los derechos fundamentales invocados. Adujo que el juez no tuvo en cuenta sus condiciones de vulnerabilidad, debido a que: (i) es un sujeto de especial protección, y (ii) si bien disfruta una pensión de un salario mínimo, lo cierto es que ésta es insuficiente para asumir las obligaciones crediticias y la manutención de su familia.

Sentencia de segunda instancia

Mediante sentencia del 18 de octubre de 2017, el Juzgado Once Laboral del Circuito de Cali confirmó la decisión de primera instancia[29], bajo las mismas razones de improcedencia. Expuso que la accionante contaba con otros medios judiciales para la salvaguarda de sus intereses[30].

C. Expediente T-6.579.174, caso de Sindy Cristina Cuéllar Ardila

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Sindy Cristina Cuéllar Ardila, de 37 años, promovió acción de tutela contra la Compañía Seguros Bolívar S.A., por estimar desconocidos sus derechos fundamentales al mínimo vital

y a la vivienda, dado lo siguiente:

a) La accionante convivió en unión marital de hecho con el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar[31] y de dicha unión nació un hijo que hoy en día es menor de edad[32].

b) El 31 de julio de 2015, el señor Jiménez Salazar adquirió crédito crediexpress número 5916166200206796 con el Banco Davivienda, por el valor de \$36.900.898, obligación que se garantizó con un pagaré y una hipoteca sobre su vivienda. En esa misma fecha el mencionado Banco suscribió con Seguros Bolívar S.A. póliza de seguro de vida grupo deudores número DE-45155, con la cual se ampararían los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente del deudor.

c) El 18 de enero de 2016, el referido deudor falleció.

d) El 25 de febrero de 2016, y en virtud de la póliza adquirida, Davivienda reclamó ante Seguros Bolívar el equivalente igual al saldo de la deuda. Empero, el 5 de abril de 2016, la aseguradora negó el pago, toda vez que desde el año 2011, y previo a adquirir el crédito y suscribir la declaración de asegurabilidad, el señor Jiménez Salazar ya contaba con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial y trombocitopenia idiopática, lo cual no se informó al suscribir la declaración, incurriendo en reticencia que genera la nulidad del contrato.

e) El 17 de mayo de 2016 la accionante elevó petición ante Davivienda, para solicitar la expedición de copia del pagaré suscrito por su compañero permanente, de la póliza de seguro y finalmente se le diera a conocer las causales, motivos y fundamentos por los cuales se negó el pago del saldo del crédito adquirido.

f) En respuesta del 8 de junio de 2016, la referida entidad bancaria anexó los documentos reclamados e informó que la negativa para el pago indemnizatorio dada por la aseguradora se efectuó según lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

g) La accionante relató que, como consecuencia de lo anterior, Davivienda le advirtió que al no pagar la deuda ni realizar acuerdos de pago, efectuaría el cobro ejecutivo hipotecario, ante lo cual ella y su hijo menor de edad (4 años) quedarían sin vivienda

i) Afirmó que es la aseguradora la encargada de probar la mala fe configurada

presuntamente a la hora de suscribir la declaración, de manera que al no realizar los exámenes médicos para verificar el verdadero estado de salud del asegurado, debe ser considerado como un acto negligente.

2. A la luz de lo expuesto, la accionante solicita que (i) se protejan los derechos fundamentales invocados, y (ii) se ordene a la accionada pagar a Davivienda los saldos insolutos de la obligación crediticia adquirida por el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula[33] de ciudadanía de la tutelante.
2. Registro[34] civil de defunción de Carlos Arturo Jiménez Salazar.
3. Historia clínica[35] del señor Jiménez Salazar, en la que se registra que el citado ingresó el 17 de enero de 2016 con un diagnóstico de “artropatía hemofílica, hemartrosis, otras cirrosis del hígado y la (sic) no especificadas, trombocitopenia no especificada, diabetes mellitus insulín dependiente sin mención de complicación, diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, otros trastornos del equilibrio de los electrolitos y de los líquidos no clasificados en otra parte”.
4. Contrato[36] de seguro de vida suscrito entre la Compañía Seguros Bolívar S.A. y el señor Jiménez Salazar.
5. Oficio[37] del 5 de abril de 2016, mediante el cual, la aseguradora denegó el pago del saldo insoluto de la deuda.
6. Pagaré[38] suscrito por el señor Jiménez Salazar a favor de Davivienda.
7. Declaración[39] de asegurabilidad dada por el señor Jiménez Salazar.

Actuación procesal

En auto[40] del 16 de agosto de 2017, el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de El Espinal admitió la tutela y corrió traslado a la demandada para que ejerciera su derecho de defensa. Al tiempo, vinculó a la Personería Municipal de El Espinal y al Banco Davivienda para que se pronunciaran al respecto.

El 23 de agosto de 2017, la accionada se limitó a manifestar que la acción de tutela era improcedente, dado que la actora cuenta con la jurisdicción ordinaria para desatar el asunto.

El 28 de agosto de 2017, Davivienda también hizo referencia a la improcedencia del amparo implorado, ya que la demandante pretende el reconocimiento y pago de una prestación económica originada en un vínculo contractual que adolece de nulidad.

Sentencia de única instancia

D. Expediente T-6.580.365, caso de Luis Ricardo Sánchez Sánchez

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Luis Ricardo Sánchez Sánchez, de 72 años de edad, instauró acción de tutela contra Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. (en adelante BBVA) y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., por considerar desconocido su derecho fundamental al mínimo vital, según lo que a continuación se expone:

a) El 25 de julio de 2016, la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez junto con su esposo, el señor Luis Ricardo Sánchez Sánchez, compraron un vehículo mediante financiación requerida a BBVA y, al tiempo, suscribieron póliza de seguro de vida, cuya prima pasó de \$40.000 a \$180.000 al conocerse la condición de salud por operación a corazón abierto y cambio de válvula mecánica aórtica por estenosis de la señora Ovalle de Sánchez, por lo que la cuota mensual quedó en el valor total de \$1.400.000.

b) El 4 de mayo de 2017, la referida señora adquirió un préstamo por libranza con BBVA, para pagar la obligación anteriormente adquirida con esa misma entidad. De igual manera suscribió contrato de seguro de vida deudores, a fin de amparar dicha obligación.

c) El 25 de septiembre de 2017, la señora Ovalle de Sánchez falleció a los 70 años de edad.

d) El 16 de octubre de 2017, el accionante solicitó a BBVA dar inicio al proceso de reclamación de amparo de vida básico que cubría el crédito por libranza adquirido por su esposa.

e) En respuesta del 19 de octubre de 2017, BBVA manifestó que de “acuerdo con la Historia Clínica emitida por Médicos Asociados S.A., encontramos que la señora Dora Ovalle (Q.E.P.D.) tenía antecedentes de Revascularización miocárdica en 2008 de acuerdo con registro médico de fecha 24 de septiembre de 2017 y Reemplazo válvula aórtica en 2008 de acuerdo con historia clínica de fecha 22 de septiembre de 2017. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.”

f) El demandante alegó que lo dicho por BBVA no es de recibo, por cuanto al adquirir el préstamo de vehículo el 25 de julio de 2016, su esposa sí realizó la declaración en relación con su estado de salud, por lo que dicha información reposaba en los archivos de BBVA.

2. El tutelante solicita que se amparen sus derechos y se ordene hacer efectivo el seguro de vida suscrito por su esposa y, en consecuencia, se asuma el saldo insoluto del crédito.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédulas de ciudadanía[41] del accionante y su cónyuge.
2. Registro civil de matrimonio[42], en el cual consta que Luis Ricardo Sánchez Sánchez contrajo matrimonio con la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez el 7 de agosto de 1968.
3. Registro civil de defunción[43], donde se observa que la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez falleció el 25 de septiembre de 2017.
4. Historia clínica[44] de la señora Ovalle de Sánchez.
5. Petición[45] elevada por el actor el 16 de octubre de 2017 ante BBVA.
6. Respuesta[46] dada por BBVA el 19 de octubre de 2017 frente a la solicitud del accionante.
7. Certificados individuales de seguro[47] expedidos el 25 de julio de 2016 y 4 de mayo de 2017.
8. Solicitud de vinculación y contratación de producto[48], formulario básico y/o solicitud de vinculación de BBVA con la señora Ovalle de Sánchez.

Actuación procesal

Mediante auto[49] del 16 de noviembre de 2017, el Juzgado Veintiocho Civil Municipal de Bogotá admitió la acción de tutela, corrió traslado a los accionados BBVA Colombia S.A. y BBVA Seguros S.A., y vinculó a la Superintendencia Financiera para que ejercieran su derecho de defensa.

En escrito[50] del 20 de noviembre de 2017, la referida Superintendencia solicitó ser desvinculada del proceso, al estimar que ese “Organismo de Control y Vigilancia, no ha vulnerado los derechos invocados por el accionante, y en efecto no hay pretensión alguna dirigida contra esta Superintendencia”.

Mediante respuesta[51] del 20 de noviembre de 2017, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pidió la declaratoria de improcedencia de la tutela, toda vez que el asegurado puede acudir a la jurisdicción ordinaria.

En memorial[52] del 22 de noviembre de 2017, BBVA solicitó denegar el amparo, por cuanto “el Banco BBVA COLOMBIA S.A. no ha desplegado actuación tendiente a desconocer sus garantías constitucionales, por tanto la petición al juez de tutela claramente son tópicos propios del derecho mercantil, de conocimiento del Juez Civil y no del Juez Constitucional, todo lo cual conduce, a la denegación de la tutela impetrada.”

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Veintiocho Civil Municipal de Bogotá, en sentencia[53] del 27 de noviembre de 2017, concedió la protección reclamada y ordenó a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. efectuar el trámite necesario para pagar a BBVA S.A. el saldo insoluto de las obligaciones crediticias adquiridas por la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez. Afirmó que “la decisión deliberada, arbitraria y abusiva de negar el pago del seguro, con el argumento que la señora DORA INES OVALLE DE SANCHEZ, no había informado la enfermedad de corazón que padecía, no tiene asidero probatorio jurídico. Para el Despacho es claro que la omisión de la aseguradora amenaza de forma actual y concreta el derecho al mínimo vital del accionante.”

Impugnación

En escrito[54] del 29 de noviembre de 2017, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. impugnó la decisión para pedir que se revoque y se ordene al accionante “acudir al juez natural del contrato, pues la acción de tutela no es el mecanismo para solicitar el pago de prestaciones de carácter económico y/o patrimonial”.

Sentencia de segunda instancia

El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Bogotá, mediante fallo[55] del 15 de enero de 2018, revocó la sentencia impugnada y, en su lugar, denegó la protección solicitada, al esbozar argumentos de improcedencia. Expuso que se trata de un asunto meramente económico y “el mecanismo previsto por el legislador para dirimir la controversia contractual no luce pasible de ser desplazado por la acción de tutela, en la medida que no se aprecia la ocurrencia de un perjuicio irremediable que no pueda ser conjurado con los instrumentos legales de defensa”.

E. Expediente T-6.593.057, caso de Juan Carlos Villa Álvarez

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Juan Carlos Villa Álvarez, de 52 años de edad, formuló acción de tutela contra Positiva Compañía de Seguros S.A. (en adelante Positiva), por estimar conculcados sus derechos al mínimo vital y a la igualdad, con base en los hechos que a continuación se sintetizan:

a) El 15 de octubre de 2014, el actor adquirió un crédito hipotecario con el Banco Agrario por el valor de \$37.700.000, con cuotas mensuales de \$434.000, las cuales ha pagado cumplidamente. Dicho banco le exigió suscribir póliza de seguro de vida deudores con Positiva, a efectos de respaldar la deuda en caso de muerte o por incapacidad total y permanente.

b) El 27 de diciembre de 2016, el tutelante fue calificado por la Junta Médico Laboral de Suramericana con una pérdida de capacidad laboral del 54,24%, de origen común, con fecha de estructuración del 27 de diciembre de 2013, al padecer cáncer medular de tiroides.

d) El actor afirmó que, debido a su estado de salud, decidió terminar su contrato de trabajo el 30 de junio de 2017. Explicó que los turnos que realizaba como conductor no se

ajustaban a las indicaciones dadas por su médico tratante. Agregó que a la fecha de presentación de la tutela se encuentra desempleado y no disfruta de pensión alguna, lo cual afecta su mínimo vital y el de su familia, al ser él quien asume las cargas económicas asociadas al sostenimiento de sus dos hijos menores de edad[56]. y de su esposa, dado que ella –según afirma– se dedica a las labores del hogar[57].

2. El accionante solicita que se amparen sus derechos fundamentales y se ordene a Positiva hacer efectiva la póliza de seguro de vida deudores.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula de ciudadanía[58] del tutelante.
2. Póliza de seguro deudores[59] suscrita por el accionante con Positiva.
3. Dictamen[60] con el que se calificó la pérdida de capacidad laboral del actor, en el que se registra un primer antecedente de “adenomegalia localizada” de 01 de marzo de 2010, que el 7 de abril de 2010 fue diagnosticado como tumor maligno de los ganglios linfáticos de la cabeza, cara y cuello que posteriormente evolucionó.
4. Escrito[61] con el cual el demandante solicitó el pago de la referida póliza.
5. Respuesta[62] dada por Positiva frente a lo reclamado por el peticionario.
6. Registro civil de nacimiento[63] de los hijos del actor.
7. Registro civil de matrimonio[64].

Actuación procesal

En auto[65] del 26 de julio de 2017, el Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Rionegro admitió la acción de tutela, vinculó al Banco Agrario y corrió traslado para que la accionada y el vinculado ejercieran su derecho de defensa.

El 2 de agosto de 2017, Positiva solicitó denegar el amparo, al señalar que el actor fue reticente al momento de diligenciar el estado real de su condición de salud, pues en la historia clínica se lee un antecedente patológico que data del 01 de marzo de 2010.

Además, se evidenció que, según el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral del accionante, la invalidez ocurrió un año antes de adquirirse la póliza[66].

El Banco Agrario alegó falta de legitimación en la causa por pasiva, debido a que es la aseguradora la responsable en el presente caso[67].

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Rionegro, por sentencia[68] del 04 de agosto de 2017, declaró improcedente el amparo solicitado, al considerar que el juez de tutela no puede remplazar al juez común en este tipo de controversias.

Impugnación

El 15 de agosto de 2017, el actor presentó impugnación[69] para argumentar que aunque si bien son idóneos los mecanismos judiciales ordinarios, éstos no revisten de eficacia y rapidez que mermen el perjuicio que lo ha afectado en razón de su condición de debilidad manifiesta.

Sentencia de segunda instancia

El Tribunal Superior del Distrito Judicial de Antioquia –Sala de Decisión Penal-, mediante fallo[70] del 04 de octubre de 2017, confirmó la decisión impugnada, al estimar que el asunto debe ventilarse mediante proceso de responsabilidad civil contractual, siendo ese el mecanismo idóneo, más no la acción de tutela que es subsidiaria.

F. Expediente T-6.594.184, caso de Jorge Luis Navarro Villamizar

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Jorge Luis Navarro Villamizar, de 31 años de edad, promovió acción de tutela contra la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. (en adelante Colmena) y el Banco Caja Social S.A., por estimar vulnerado su derecho fundamental al mínimo vital, con fundamento en:

b) El 10 de octubre de 2014, adquirió el crédito por libranza No. 30014204198 con el Banco Caja Social por valor de \$30'800.000, el cual sería pagado en cuotas mensuales de

\$576.927, a través de la pagaduría de la Policía Nacional.

c) Para garantizar esa obligación, el actor suscribió un contrato de seguro con Colmena, cuyo amparo operaría frente a la muerte o incapacidad total y permanente, eventos en los cuales, la aseguradora pagaría el saldo insoluto de la obligación adquirida por el peticionario.

d) En atención a las afecciones de salud del actor (parkinsonismo, hipoacusia bilateral, hipotiroidismo, hipertensión arterial, rinitis alérgica, asma bronquial y urticaria), mediante dictamen del 19 de noviembre de 2015, la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional lo calificó con una pérdida de capacidad laboral del 87,33%.

e) En Resolución 03359 del 3 de junio de 2016, la Policía Nacional retiró del servicio al peticionario por incapacidad absoluta y permanente.

f) Con ocasión de la valoración de retiro, por dictamen 8671 del 5 de septiembre de 2016, la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional determinó que las enfermedades del actor eran de origen común y que la pérdida de capacidad laboral había aumentado al porcentaje de 88,47%.

g) En Resolución 01294 del 12 de octubre de 2016, la Policía Nacional reconoció pensión de invalidez al demandante, por valor de \$1.529.756.

h) En varias ocasiones, el accionante solicitó a Colmena y al Banco Caja Social adelantar lo pertinente para hacer efectiva la póliza de seguro y, de esta manera, la referida aseguradora cancelara el saldo insoluto de la obligación adquirida con el mencionado banco.

i) El 21 de abril de 2017, Colmena negó lo reclamado al indicar que el tutelante no probó que la invalidez se hubiese estructurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, y que no se cumplió con la carga de declarar el estado real del riesgo, es decir, las verdaderas condiciones de salud al momento de adquirir el seguro, toda vez que el departamento médico de la entidad constató que “el asegurado venía padeciendo antes del ingreso a la póliza, lesión con astilla de madera el 05 de julio de 2014, es decir antes del 21 de agosto de 2014, fecha en la que contrató el seguro”, información que no fue relacionada al

momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

j) El actor manifestó que de su mesada pensional le descuentan valores por concepto de obligaciones adquiridas con la Cooperativa Multiactiva de Retirados y Pensionados, Rayco S.A.S. y el Banco Caja Social, por lo que tan solo recibe \$780.157 para su manutención y la de su familia, integrada por su esposa y un hijo menor de edad, con quienes –según aduce– “vive arrimado donde los suegros porque no tiene vivienda propia y no le alcanzan sus ingresos para pagar arriendo”.

2. A la luz de lo expuesto, el accionante pidió que (i) se protejan sus derechos fundamentales invocados, y (ii) se ordene a Colmena pagar al Banco Caja Social el saldo insoluto del respectivo crédito.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula de ciudadanía[71] del demandante.

2. Historia[72] clínica del accionante.

3. Contrato[73] de seguro suscrito entre Colmena y el actor.

4. Dictamen[74] 10108 del 19 de noviembre de 2015, por el cual se calificó al accionante con una pérdida de capacidad laboral del 87,33%.

5. Resolución[75] 03359 del 3 de junio de 2016, mediante la cual la Policía Nacional retiró del servicio al tutelante.

6. Dictamen[76] 8671 del 5 de septiembre de 2016, con el cual se calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 88,43%.

8. Certificado[78] del 19 de abril de 2017, donde consta que el accionante tiene el crédito de libranza No. 30014204198 con el Banco Caja Social, con un saldo total de \$29'381.048 a esa fecha.

9. Certificado[79] del 16 de marzo de 2017, donde consta que el accionante tiene el crédito No. 5759668 crédito con Rayco S.A.S., con un saldo de \$5'823.225 a esa fecha.

10. Respuesta[80] del 21 de abril de 2017, con la cual Colmena negó el pago de la póliza de seguro.

Actuación procesal

En auto[81] del 14 de junio de 2017, el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santa Marta admitió la tutela, corrió traslado a los accionados para que ejercieran su derecho de defensa y vinculó a la Pagaduría de la Policía Nacional y a la Cooperativa Multiactiva de Retirados y Pensionados -Coopcredipensionados- para que se pronunciaran al respecto. Solo los demandados respondieron.

El 21 de junio de 2017, Colmena expuso que, de acuerdo con la historia clínica del peticionario, éste padecía las patologías antes de adquirir el seguro y ello no fue informado a esa compañía, con el fin de evaluar las condiciones en que se debía otorgar el seguro.

El 21 de junio de 2017, el Banco Caja Social indicó que carece de legitimidad en la causa por pasiva, como quiera que es la aseguradora demandada la que debe pronunciarse sobre la viabilidad de hacer efectiva la póliza de vida de grupo deudores.

El 28 de junio de 2017, la Cooperativa Multiactiva de Retirados y Pensionados -Coopcredipensionados- informó que el accionante era titular de otro crédito por libranza, el No. 12766, otorgado en mayo de 2017 y pagadero a 36 cuotas. No especificó el valor de la obligación pero adujo que se realizó el respectivo análisis de crédito y se encontró que el señor Navarro contaba con el cupo suficiente para incorporar el descuento correspondiente.

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santa Marta, mediante sentencia del 29 de junio de 2017, concedió la protección implorada, al considerar que Colmena no puede alegar que la enfermedad sobrevino antes de adquirirse la póliza y, por esa razón, negar la efectividad de la misma, cuando debió realizar las valoraciones respectivas y poner de presente los padecimientos del accionante al momento de suscribir el contrato de seguro. En consecuencia, ordenó a Colmena realizar el trámite necesario para pagar al Banco Caja Social el saldo insoluto de la obligación adquirida por el actor con dicho

banco. Además, ordenó al referido banco que una vez se efectuó lo anterior proceda a condonar la deuda.

Impugnación

El 7 de julio de 2017, Colmena impugnó[82] la decisión para pedir que se revoque y, por ende, se declare que dicha entidad no vulneró derecho fundamental alguno del accionante.

Sentencia de segunda instancia

El Juzgado Cuarto Penal del Circuito de Santa Marta, en providencia del 29 de agosto de 2017, revocó la sentencia impugnada y, en su lugar, declaró improcedente el amparo, al estimar incumplida la exigencia de subsidiariedad. Argumentó que la acción de tutela no es el mecanismo judicial idóneo para desatar las controversias de naturaleza contractual.

G. Expediente T-6.599.768, caso de Víctor Alfonso Manrique Moreno

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Víctor Alfonso Manrique Moreno, de 33 años de edad, formuló acción de tutela contra Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A. (en adelante Allianz, Suramericana, Alfa y Bancolombia, respectivamente), por considerar desconocidos sus derechos al mínimo vital y a la igualdad, según lo que a continuación se relata:

a) El demandante expuso que mientras gozaba de buena salud devengaba un salario mensual del \$4'000.000, por lo que tenía solvencia económica y adquirió un crédito No. 5240089989 con Bancolombia, por valor de \$1'175.122[83] respaldado con póliza de deudor No. 083-100443 con la compañía Suramericana. Además, suscribió sendos contratos de seguro de vida con Alfa, póliza No. 105674381540, por crédito adquirido con el Banco de Bogotá[84], y con Allianz, póliza No. 021960350/0.

b) Indicó que, debido a que padece “trastorno depresivo mayor, trastornos especificados de los discos intervertebrales y síndrome del manguito rotador”, mediante dictamen 6456 del 30 de enero de 2017, fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 51,67%, de origen

enfermedad común y con fecha de estructuración del 21 de agosto de 2013.

c) Por lo anterior, en memoriales elevados por separado, el demandante reclamó a las entidades demandadas el cumplimiento de las pólizas adquiridas y la devolución del dinero que había pagado. En escritos del 6 y 15 de marzo de 2017, Allianz y Alfa, respectivamente, negaron lo solicitado, al señalar que a la ocurrencia del siniestro el actor no contaba con seguro alguno que amparara dicho riesgo.

d) El 27 de marzo de 2017, Bancolombia informó al peticionario que Suramericana había accedido a lo reclamado con el pago de la obligación N° 5240089989, adquirida con ese banco. Frente al reintegro del dinero, le indicó que ello era improcedente, dado que el ajuste se realiza sobre el saldo insoluto de la deuda.

e) El actor sostuvo que su situación económica es precaria, pues si bien en la actualidad sus ingresos son de \$2.900.000, lo cierto es que con ello debe asumir el pago de todas sus obligaciones crediticias, así como los gastos de su sostenimiento y el de su familia, los cuales superan tales ingresos.

2. Con base en lo expuesto, el tutelante solicitó que se amparen sus derechos fundamentales invocados y, por consiguiente, (i) se ordene a Allianz y Alfa hacer efectivas las pólizas correspondientes, y (ii) se ordene a Bancolombia o Suramericana devolver la totalidad del dinero que él pagó en relación con la obligación N° 5240089989, adquirida con el mencionado banco.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula de ciudadanía[85] del demandante.
2. Dictamen[86] 6456 del 30 de enero de 2017, mediante el cual se calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 51,67%.
3. Solicitudes[87] con las cuales el accionante reclamó a los accionados hacer efectivas las pólizas de seguro correspondientes.
4. Respuestas[88] por los cuales las aseguradoras Allianz y Alfa negaron lo solicitado por el peticionario.

5. Escrito[89] mediante el cual Suramericana informó al actor que había hecho efectiva la respectiva póliza, pero se negó a devolver el dinero pagado en relación con la deuda adquirida con Bancolombia.

6. Historia clínica del demandante[90].

Actuación procesal

En auto[91] del 30 de mayo de 2017, el Juzgado Tercero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar admitió la acción de tutela y corrió traslado a los demandados para que ejercieran su derecho de defensa. Efectuadas las respectivas comunicaciones, solo Allianz y Bancolombia se pronunciaron.

Mediante escrito[92] del 8 de junio de 2017, Allianz solicitó que se deniegue la protección, al estimar que no ha vulnerado ningún derecho fundamental del actor. Además, esbozó razones de improcedencia de la tutela ante la inobservancia del presupuesto de subsidiariedad, toda vez que dicha aseguradora promovió proceso verbal de mayor cuantía contra el tutelante, a fin de obtener la nulidad relativa del correspondiente contrato de seguro. El mencionado trámite cursa en el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná -Cesar-, bajo el radicado 201783153001-2017-00019. Concluyó que al estar en curso el proceso ordinario, el juez de tutela se encuentra “vetado” para intervenir en el asunto.

En respuesta[93] del 12 de junio de 2017, Bancolombia solicitó negar el amparo reclamado, al estimar configurado un hecho superado, dado que el 27 de marzo del 2017 Suramericana hizo efectiva la póliza correspondiente. En cuanto a la solicitud de reintegro del dinero que el actor pagó en relación con el crédito que adquirió con ese banco, éste reiteró que no hay lugar a ello, puesto que lo que se ampara es el saldo insoluto de la deuda.

Por su parte, Suramericana y Alfa guardaron silencio durante el traslado que les corrió el juez instructor.

Sentencia de única instancia

En sentencia[94] proferida en única instancia el 16 de junio de 2017, el Juzgado Tercero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar denegó “por improcedente” el amparo solicitado. Consideró incumplida la exigencia de subsidiariedad, toda vez que está en curso el proceso

verbal promovido por Allianz contra el accionante, con el cual se busca la nulidad relativa del respectivo contrato de seguro. En lo concerniente a la póliza suscrita con Alfa, el Despacho arguyó que, a pesar de que los hechos expuestos por el accionante se encuentran amparados por la presunción de veracidad, ante la falta de respuesta por parte de la referida aseguradora, es claro que al momento del siniestro (21/08/2013) el peticionario no contaba con la póliza cuya aplicación pretende, cuyo seguro inició el 15 de septiembre de 2014. El actor impugnó la decisión pero de forma extemporánea, por lo que, en auto[95] del 10 de agosto de 2017, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Valledupar no concedió el recurso.

H. Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Jaime Cabrera Lozano, de 35 años de edad, formuló acción de tutela contra Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A., por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida digna, al debido proceso, al mínimo vital y a la igualdad.

a) El peticionario se desempeñó como patrullero de la Policía Nacional desde el 06 de junio de 2007 hasta el 12 de julio de 2017.

b) El 18 de abril de 2016, el demandante adquirió crédito hipotecario 0573036400276476 con el banco accionado, por el valor de \$54.600.000, para la compra de vivienda nueva, debiendo pagar cuotas mensuales de \$539.000. Para ello, suscribió con la aseguradora demandada contrato de seguro de vida grupo deudores número VP-100, DE-45155, cuyo amparo cubriría los riesgos de muerte e incapacidad total o permanente, con el pago del saldo de la deuda (capital no pagado e intereses corrientes).

c) Por Acta número 4083 del 15 de mayo de 2017, la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional lo calificó NO APTO para el servicio con una pérdida de capacidad laboral del 100%, en atención a la “Sicosis: episodios psicóticos recurrentes”.

d) En consecuencia de lo anterior, mediante Resolución número 03278 del 12 de julio de 2017, la Dirección General de la Policía Nacional lo retiró del servicio activo por incapacidad

absoluta y permanente o gran invalidez.

e) En junio de 2017, el accionante solicitó a las entidades accionadas hacer efectiva la póliza de seguro, dada la ocurrencia del siniestro asegurado.

f) El 14 de agosto de 2017, la aseguradora negó lo reclamado al indicar que es deber del asegurado “informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar inspección alguna que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir.” Indicó que de acuerdo con la verificación sobre la historia clínica del solicitante se pudo establecer que “desde antes de ingresar al seguro, el asegurado ya había sufrido trauma craneoencefálico severo con secuelas neuropsiquiátricas, para lo que había recibido tratamiento médico; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración, incurriendo en conducta reticente que genera la nulidad del contrato”.

g) En Resolución número 00073 del 06 de febrero de 2018, la Subdirección General de la Policía Nacional reconoció pensión de invalidez al peticionario, en la suma de \$1.950.000.

2. El tutelante adujo que obró de buena fe en tanto “no declaró hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a su enfermedad silenciosa y progresiva, en los cuales no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias”.

Solicitó, por lo tanto, que se amparen sus derechos a la vida digna, debido proceso, mínimo vital e igualdad, pues con los recursos de su pensión debe hacerse cargo su propia subsistencia y de la de su esposa y su hija menor de edad, no se encuentra en condiciones de trabajar y estima que un proceso civil ordinario tardaría mucho en resolverse, con el riesgo de que entretanto el banco embargue su vivienda. En consecuencia, reclama que se ordene hacer efectiva la póliza de seguro, a fin de que se asuma el saldo insoluto del crédito hipotecario adquirido con Davivienda.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula de ciudadanía[96] del accionante.

2. Acta[97] No. 4083 del 15 de mayo de 2017 emitida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, acompañada de su respectiva acta de notificación al interesado el 24 de mayo de 2017. En la misma se registra como diagnóstico: “paciente con secuelas neuropsiquiátricas postrauma de cráneo [trauma de cráneo en marzo de 2013] con síndrome prefrontal con síntomas psicóticos de tipo delirante, disminución de la capacidad del lenguaje, deterior en su funcionabilidad global, secuelas moderadas a severas”.

3. Declaración[98] de asegurabilidad rendida el 19 de marzo de 2016 ante Seguros de Vida Bolívar S.A.

4. Resolución[99] 03278 del 12 de julio de 2017, por la cual se retira del servicio activo de la Policía Nacional por incapacidad absoluta o permanente o gran invalidez al patrullero Jaime Cabrera Lozano.

5. Respuesta[100] dada el 14 de agosto de 2017 por la aseguradora frente a la petición elevada por el demandante.

Actuación procesal

En auto[101] del 7 de septiembre de 2017, el Juzgado Once Civil Municipal de Oralidad de Medellín admitió la acción de tutela y corrió traslado a los demandados para que ejercieran su derecho de defensa.

El 11 de septiembre de 2017[102], Seguros de Vida Bolívar S.A. solicitó declarar improcedente la protección implorada, al señalar que el tutelante cuenta con otros mecanismos judiciales para la salvaguarda de sus derechos. Agregó que “el tutelante firmó declaración de asegurabilidad el 19 de marzo de 2016 en donde informó que su estado de salud era normal motivo por el cual se otorgó el seguro en condiciones normales sin practicar exámenes médicos de ingreso por lo cual fue incluido como asegurado en la póliza de vida grupo deudores”.

En esa misma fecha, Banco Davivienda S.A. pidió denegar la tutela por cuanto “es el asegurado a quien le corresponde declarar el estado real del riesgo, es decir, que es él quien conoce su estado de salud, y la reticencia, u omisión de informar sólo puede atribuírsele a él, pues el Banco en calidad de tomador no tiene injerencia en la mencionada

declaración.”[103]

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Once Civil Municipal de Oralidad de Medellín, en sentencia del 15 de septiembre de 2017, denegó el amparo al aducir razones de improcedencia, pues observó incumplido el presupuesto de subsidiariedad. Además, no encontró acreditada la afectación al mínimo vital.

Impugnación

El 21 de septiembre de 2017, el accionante impugnó[104] la decisión para pedir su revocatoria. Informó que debido a la pérdida de capacidad laboral no ha podido conseguir un empleo, vive con su esposa (ama de casa) y su hijo menor de edad, subsiste de una pensión de invalidez que le fue reconocida, pero ésta es insuficiente para pagar la cuota del crédito hipotecario y sufragar los costos de la manutención familiar, lo cual pone en evidencia el estado de debilidad manifiesta en el que se encuentra.

Sentencia de segunda instancia

En fallo[105] del 24 de octubre de 2017, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín confirmó la decisión, bajo el mismo argumento de improcedencia esbozado por el a quo.

I. Expediente T-6.608.194, caso de Jaime Albarracín Daza

Hechos y pretensiones de la demanda

1. Jaime Albarracín Daza, de 49 años de edad, promovió acción de tutela contra el Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A. (en adelante Alfa), por estimar desconocido su derecho fundamental al mínimo vital, con fundamento en la siguiente situación fáctica:

a) El accionante estuvo vinculado al Ejército Nacional durante más de 18 años, desde el 22 de marzo de 1990 hasta el 09 de octubre de 2008.

b) El 22 de febrero de 2004, en prestación del servicio, sufrió un accidente de tránsito en el cual presentó múltiples fracturas y heridas en su cuerpo.

c) Mediante dictamen 30882 del 28 de abril de 2009, la Junta Médica Laboral del Ejército Nacional calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 78,6%. El demandante apeló tal decisión, por lo que, en dictamen 4132 del 16 de marzo de 2010, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar determinó una pérdida de capacidad laboral del 79,86%.

d) Por Resolución 1072 de 2009, la Dirección de Veteranos y Bienestar Sectorial del Ministerio de Defensa Nacional reconoció pensión de invalidez al señor Albarracín Daza, en cuantía de \$1.584.700.

e) El 19 de noviembre de 2010, el tutelante adquirió la obligación crediticia número 41003010240313 con el Banco Popular. Dicho banco y Alfa contrajeron póliza de seguro de vida grupo deudores número GRD-464, a efectos de amparar la muerte y la incapacidad total y permanente de los deudores, a la cual ingresó el peticionario el 19 de noviembre de 2010.

f) Al seguir inconforme, el actor nuevamente fue calificado en su pérdida de capacidad laboral, a saber: (i) en dictamen 5508 del 25 de noviembre de 2015, la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar determinó un porcentaje del 79.67%; y (ii) mediante peritaje 46 del 26 de febrero de 2016, se estableció una pérdida definitiva del 95.69%, con el cual finalmente estuvo conforme el demandante.

g) En septiembre de 2016, y en calidad de tomador del seguro, el Banco Popular solicitó a Alfa hacer efectiva la póliza, con el objeto de que asumiera el pago insoluto de la deuda adquirida por el accionante.

h) El 30 de septiembre de 2016, la aseguradora denegó lo solicitado al indicar que “el evento reclamado carece de cobertura bajo el contrato de seguro que se pretende afectar, toda vez que para la fecha de inicio de vigencia del seguro (19 de noviembre de 2010), el señor Albarracín Daza Jaime, ya había sido calificado por la Junta Médica laboral Militar No. 30882 con fecha de ocurrencia del 28 de abril de 2009, constituyéndose el evento en un hecho cierto no asegurable bajo el contrato de seguro”.

2. A la luz de lo expuesto, el demandante solicita que se proteja su derecho fundamental invocado y, en consecuencia, se ordene pagar el saldo insoluto del crédito que adquirió con

el Banco Popular, en virtud de la póliza de seguro suscrita con Alfa.

Material probatorio relevante cuya copia obra en el expediente

1. Cédula de ciudadanía[106] del tutelante.
2. Dictamen[107] 5508 del 25 de noviembre de 2015, mediante el cual la Junta de Calificación Regional del Cesar calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 79.67%.
3. Peritaje[108] 46 del 26 de febrero de 2016, por el cual se determinó que la pérdida de capacidad laboral del accionante es del 95.69%.
4. Respuesta[109] emitida el 11 de mayo de 2017 por Alfa, con la cual se negó a pagar el saldo insoluto de la obligación financiera del accionante.

Actuación procesal

En auto[110] del 01 de agosto de 2017, el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Villavicencio admitió la tutela y corrió traslado a los demandados para que ejercieran su derecho de defensa. Realizadas las respectivas notificaciones, solo el banco accionado contestó.

El 8 de agosto de 2017, el Banco Popular se limitó a allegar nuevamente la respuesta desfavorable que dio Alfa el 11 de mayo de 2017, en relación con la solicitud que ese mismo banco elevó el 2 de marzo de 2017, con el propósito de que esa aseguradora asumiera el pago insoluto de la deuda.

Sentencia de primera instancia

El Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Villavicencio, mediante sentencia del 14 de agosto de 2017, denegó la protección solicitada, pero al considerar que la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver la controversia suscitada.

Impugnación

El 18 de agosto de 2017, a través de apoderado judicial, el demandante presentó escrito de impugnación para pedir que se revoque la decisión del a quo y, en su lugar, se conceda el amparo reclamado.

Sentencia de segunda instancia

En sentencia[111] del 11 de octubre de 2017, el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Villavicencio confirmó el fallo impugnado, al aducir razones de improcedencia. Explicó que lo debatido debe tramitarse ante la jurisdicción, por cuanto “lo que se pretende es el cubrimiento de un seguro frente a una deuda”, situación que debe resolverse mediante el procedimiento pertinente.

II. ACTUACIÓN PROCESAL EN SEDE DE REVISIÓN

1. El 8, 9, 10 y 11 de mayo de 2018, ante la Secretaría General de la Corte Constitucional, los accionantes en los expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.594.184, T-6.605.576 y T-6.608.194, allegaron, vía correo electrónico, sendas copias de documentos para que sean examinados por la Corte en el marco del trámite de revisión, los cuales se relacionan a continuación.

Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina

(i) Historia clínica, impresa el 25 de febrero de 2014, en la cual constan los diagnósticos de Diabetes Mellitus (08 de abril de 2011)[112] y de enfermedad de Parkinson (25 de enero de 2010)[113]; (ii) dictamen, impreso por Colsubsidio-Salud el 17 de diciembre de 2013, donde consta diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (25 de enero de 2010)[114] y se declara una pérdida de capacidad laboral del 68%, de origen común y con etiología probable idiopática[115], cuya fecha de estructuración es el 17 de diciembre de 2013[116]; (iii) declaración extraprocesal ante la Notaría 33 del Círculo de Bogotá, rendida por el peticionario el 08.05.2018, en la cual manifestó que su esposa, suegra y nieta dependen económicamente de él, que padece la enfermedad de Parkinson y, por tanto, es propenso a caídas, tiene dificultad para hablar, pierde el equilibrio muy fácil, que no puede ejercer su profesión que es en campo abierto, que goza de una pensión de invalidez por valor de \$2.661.436 y recibe de sus hijos una mensualidad de \$1.000.000[117]; (iv) comprobante de pago a pensionados, expedido por Colpensiones en abril de 2018[118]; (v) copia de las

condiciones generales de la póliza de seguro de accidentes personales de seguros de vida Alfa S. A.[119]; (vi) copia de la respuesta de seguros de vida Alfa S. A. (sin fecha)[120], que ratifica la objeción relacionada con la afectación de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. GRD-296.

Expediente T-6.565.840, caso de Fabiola Morales Vidal

(i) Declaraciones extraprocesales de Rubiela Gutiérrez Quintero[121] (08 de mayo de 2018) y de la accionante[122] (08 de mayo de 2018) ante la Notaría Cuarta del Círculo de Cali, en las cuales se manifiesta que la situación económica y de salud de la accionante es precaria, que cuenta sólo con la pensión mínima de vejez, que tiene a cargo a un nieto -debido a que su padre se encuentra privado de la libertad[123]-, que los ingresos provenientes de la pensión son insuficientes para atender sus obligaciones dinerarias y dar sustento a su nieto; (ii) copia de la Resolución 001113 (27 de febrero de 2001), por la cual se reconoce pensión de vejez a la peticionaria, por un valor de \$548.729 para la fecha de reconocimiento[124].

Expediente T-6.579.174, caso de Sindy Cristina Cuéllar Ardila

(i) Sentencia proferida por el Juzgado Segundo Promiscuo de Familia del Circuito del Espinal[125] del 01 de septiembre de 2016, la cual declaró la existencia de unión marital de hecho y sociedad patrimonial entre la tutelante y el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar, durante el lapso comprendido desde el 26.12.2012 hasta el 18 de enero 2016; (ii) copia del registro civil de la tutelante[126]; (iii) declaraciones bajo juramento con fines extraprocesales rendidas el 09.05.2018 por la tutelante, Yudi Alexandra Céspedes y Gloria Viviana Franco Jiménez ante la Notaría Segunda del Círculo del Espinal Tolima[127], en las cuales se indica que la actora y el señor Carlos Aurturo Jiménez Salazar hicieron vida marital de hecho y que procrearon a un niño de 4 años de edad a la fecha de la declaración, que la accionante no devenga ingresos de ninguna índole, tampoco disfruta de pensión alguna y junto a su hijo dependían económicamente de su entonces compañero permanente, quien adquirió el crédito crediexpress número 5916166200206796 con el Banco Davivienda, fungió como asegurado en la póliza de seguro de vida grupo deudores número DE-45155 y falleció el 18 de enero de 2016, por lo que a la fecha se adeudan más de 14 cuotas de esa obligación.

Expediente T-6.580.365, caso de Luis Ricardo Sánchez Sánchez

(i) Respuesta dada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.[128] el 19 de febrero de 2018, por la cual se informa al peticionario que se reconsideró la solicitud de cumplimiento de la respectiva póliza de seguro de vida deudores y se procedió a hacerla efectiva con el pago del saldo insoluto del crédito adquirido por la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez (\$43.000.000); (ii) constancia expedida el 14 de marzo de 2018 por el Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A., que certifica que la señora Ovalle de Sánchez se encuentra a paz y salvo, por concepto de la obligación asumida por dicha señora y que está totalmente cancelada[129].

Expediente T-6.594.184, caso de Jorge Luis Navarro Villamizar

(i) Resolución 01294 expedida por la Policía Nacional el 12 de octubre de 2016, mediante la cual se reconoce pensión de invalidez al accionante, en la suma de \$1.529.756[130]; (ii) declaraciones bajo juramento con fines extraprocesales rendidas ante la Notaría Segunda del Círculo de Santa Marta, el 08.05.2018, por el tutelante[131], Juan Guillermo Hinojosa Muñoz[132] y Orista María Gómez de la Rosa[133], en las cuales se sostuvo que el actor es pensionado de la Policía Nacional y que debido a su padecimiento y limitación física no puede realizar ninguna actividad laboral en la actualidad, que su compañera permanente, quien no labora, y su hijo menor de 18 meses, dependen económicamente de él para el cubrimiento de todas las necesidades, que no cuenta con vivienda propia y que con sus bajos ingresos no puede pagar un arriendo, por lo que vive con sus suegros, y que todos sus gastos son superiores a la mesada pensional, pues suman \$2.139.645.

Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano

(i) Escrito en el cual el actor informa que su mesada pensional de invalidez es de \$1.950.000[134]. Con ello debe pagar dos créditos (uno con Davivienda y otro con Bancolombia), arriendo, servicios públicos y alimentación, vestuario y salud para él y su madre (no indica edad)[135]; (ii) cédula de ciudadanía del tutelante, en la que consta que nació el 09 de febrero de 1983, es decir, tiene 35 años de edad[136]; (iii) declaración de asegurabilidad expresada por el demandante[137] el 19 de marzo de 2016. (iv) Resolución 00073 emitida por la Policía Nacional el 06 de febrero de 2018, en la cual se reconoce pensión de invalidez al actor[138].

(i) Acta de Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad Militar 17047 del 12 de febrero de 2007, en la cual se calificó al tutelante con disminución de la capacidad laboral del 75%, por lo que se lo declaró no apto para la actividad militar. (ii) Resolución 1662 del 09 de octubre de 2008, por la cual se retiró del servicio activo al demandante, como Sargento Segundo del Ejército Nacional. (iii) Resolución 1072 del 20 de abril de 2009, mediante la cual se reconoce y empieza a pagar pensión de invalidez al accionante, por valor de \$1.584.700. (iv) Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar 4132 del 16 de marzo de 2010, con la cual se calificó al actor con disminución de la capacidad laboral del 79,86% y se reafirmó que no era apto para el servicio. (v) Dictamen 5508 del 25 de noviembre de 2015, donde la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar calificó al demandante con pérdida de capacidad laboral del 79,67%. (vi) Declaraciones extraprocesales dadas por el tutelante y dos ciudadanos, donde el actor manifestó: “tengo pendientes unos trasplantes de cadera izquierda, tibia y peroné, alargamiento de 5.2 cms del miembro inferior izquierdo, los cuales no se me han dado por parte de mi sistema de salud SANIDAD MILITAR, arrojando en esta fecha, una notificación del 95.69% de discapacidad, la cual me ha acarreado problemas para poder laborar en otro trabajo en vista de que requiero controles en otras (sic) ciudad o donde me asignen, los cuales me generan gastos de hoteles, transporte, y estadía por varios días, de acuerdo a los padecimientos que se me den; es tanto así que he solicitado a los bancos refinanciación de los créditos y no se me han dado, me ha tocado hipotecar mi vivienda por un valor de \$18.000.000 M/C, pagando intereses del 3%, aparte de eso cuento con un sueldo desmejorado del 75% de calificación y no se me ha dado el reajuste de acuerdo a mi nuevo dictamen de invalidez del 95.69% es por eso que me he visto obligado a sacar créditos, pagando intereses del 10% y el 20% para poder cubrir mis desplazamientos, hoteles y comida, a lo cual puedo decir que mi situación económica es precaria porque de la pensión solo devengo \$1.200.000 M/C, pero tengo 4 hijos, los cuales tengo a cargo y no me alcanza para cubrir los gastos de mi familia y también los medicamentos que debo recibir son muy caros, por tal razón declaro que es difícil poder pagar los créditos en el Banco Pichincha y en el Banco Popular.”[139] (vii) Dictamen pericial 46 del 26 de febrero de 2016, en el cual se calificó al actor con pérdida de capacidad laboral definitiva del 95,69%.

2. De conformidad con lo establecido en el Artículo 64[140] del Acuerdo 02 de 2015 (Reglamento Interno de la Corte Constitucional), el Magistrado Sustanciador, en Auto del 16 de mayo de 2018, ordenó que, a efecto de correr traslado de lo allegado por los

accionantes en los expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.594.184, T-6.605.576 y T-6.608.194, se dejara a disposición de las partes o terceros interesados en las tutelas correspondientes a los referidos expedientes, por el término de 3 días, para que se pronunciaran al respecto. Para tales efectos, se ordenó que esos expedientes quedaran a disposición en la Secretaría General de esta Corte durante dicho término.

3. Efectuado lo anterior y surtidas las correspondientes comunicaciones, se produjeron los siguientes pronunciamientos:

Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina

En escrito del 22 de mayo de 2018, el señor Yesid Montes Ospina manifestó que en su caso el contrato de seguro ampara la incapacidad mas no la enfermedad, lo que es apenas natural, toda vez que al presentarse la incapacidad, desaparece la voluntad laboral para responder por una obligación como la que adquirió con el Banco de Occidente, la cual, a pesar de todo, pagó con denodados esfuerzos y limitaciones.

El 24 de mayo de 2018, el Banco de Occidente S.A. solicitó la declaratoria de improcedencia de la tutela, al estimar que las sentencias cuestionadas se profirieron con apego a las disposiciones legales y previa valoración del material probatorio allegado al proceso ordinario. Agregó que el accionante suministró información no veraz en relación con su estado de salud al suscribir la declaración de asegurabilidad (5 de octubre de 2012), pues tenía conocimiento de su enfermedad desde el año 2010.

Expediente T-6.565.840, caso de Fabiola Morales Vidal

En memorial del 23 de mayo de 2018, Corbanca pidió que se denegara el amparo reclamado, por cuanto no se ha demostrado la amenaza o vulneración de los derechos fundamentales invocados por la accionante.

Expediente T-6.579.174, caso de Sindy Cristina Cuéllar Ardila

En escrito del 24 de mayo de 2018, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. solicitó que se confirmara la decisión adoptada por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de El Espinal, al considerar incumplidos los presupuestos de inmediatez y

subsidiariedad. Expuso que si bien el asunto involucra aspectos prácticos o valorativos de carácter contractual, éstos desbordan el ámbito de la acción de tutela y deben ser debatidos en la jurisdicción ordinaria.

Expediente T-6.580.365, caso de Luis Ricardo Sánchez Sánchez

El 24 de mayo de 2018, la vinculada Superintendencia Financiera señaló que ante esa entidad se adelantó trámite administrativo, con ocasión de la queja presentada contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que finalizó con la respuesta mediante la cual la referida aseguradora informó que había reconsiderado la solicitud de cumplimiento de la póliza, por lo que procedería a hacerla efectiva con el pago del saldo insoluto del crédito adquirido por la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez (\$43.000.000).

Expediente T-6.594.184, caso de Jorge Luis Navarro Villamizar

El 23 de mayo de 2018, la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. indicó que ha actuado conforme a la ley y no ha vulnerado derecho fundamental alguno del demandante. Arguyó que el caso no puede ser dirimido en el marco de la acción de tutela, pues el actor cuenta con los mecanismos judiciales comunes. Además, sostuvo que el tutelante incumplió con su deber de declarar sinceramente las verdaderas condiciones de su salud al momento de celebrarse el contrato de seguro.

Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano

Por memorial del 24 de mayo de 2018, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. pidió que se confirmaran las sentencias de instancia, toda vez que la tutela inobserva la exigencia de subsidiariedad. Reiteró que el caso involucra aspectos de carácter contractual, que desbordan el ámbito de la solicitud de amparo y deben ser resueltos en la jurisdicción ordinaria.

Expediente T-6.608.194, caso de Jaime Albarracín Daza

El 23 de mayo de 2018, el Banco Popular S.A. se limitó a remitir la respuesta que en su momento presentó ante el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Villavicencio, con la cual reitera que no ha sido el causante de la presunta vulneración de los derechos del demandante, por lo que solicita la desvinculación del caso.

4. Teniendo en cuenta que el citado artículo 64 del Acuerdo 02 de 2015 faculta al juez constitucional para que tome un rol activo en el recaudo de elementos de convicción y decrete de oficio otros que estime convenientes para el esclarecimiento de la situación fáctica en que se apoya la acción, el Despacho del Magistrado Sustanciador, mediante correo electrónico del 23 de mayo de 2018, solicitó al Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná -Cesar-, informar acerca de las actuaciones que a la fecha se hayan surtido en el marco del proceso verbal de mayor cuantía adelantado por Allianz Seguros de Vida S.A. contra Víctor Alfonso Manrique Moreno, radicado bajo el número 201783153001-2017-00019. Ello, con ocasión de la revisión del fallo de tutela proferido en única instancia en el trámite de amparo promovido por el referido ciudadano contra Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A., cuyo expediente de tutela es el número T-6.599.768.

5. En documentos adjuntos, allegados vía correo electrónico el 23 de mayo de 2018, el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná -Cesar- informó que:

(i) Por auto del 30 de marzo de 2017, se admitió demanda verbal de mayor cuantía formulada por Allianz Seguros de Vida S.A. contra Víctor Alfonso Manrique Moreno, cuyo radicado correspondió al 2017-00019. (ii) El demandado fue notificado, por lo que contestó y propuso excepciones de mérito. (iii) En providencia del 18 de octubre de 2017, se ordenó el traslado de las excepciones de mérito. (iv) Mediante auto del 21 de noviembre de 2017, se fijó fecha para audiencia inicial (8 de marzo de 2018), la cual se llevó a cabo el día fijado, al no existir ánimo conciliatorio, se surtieron las etapas de presupuestos procesales y saneamiento del proceso, fijación de hechos, pretensiones y excepciones de mérito, se decretaron las pruebas y se practicaron algunas. Como no se pudieron practicar todas las pruebas decretadas, se fijó nueva fecha para continuar con la diligencia, la cual se llevó a cabo el 17 de mayo de 2018. (v) En esa última data, las partes allegaron contrato de transacción donde de común acuerdo acordaron dejar sin efecto el respectivo contrato de seguro suscrito por Allianz y Víctor Alfonso Manrique Moreno, por lo que dicho señor desistió de la reclamación presentada ante la aseguradora y ésta se comprometió a devolver el valor de \$2.373.040, por concepto de la prima pagada en virtud de la póliza. (vi) En esa audiencia, se aceptó la transacción y se ordenó la terminación del proceso y su respectivo archivo.

6. En Auto del 31 de mayo de 2018, la Sala Novena de Revisión dispuso: (i) ordenar que, a efecto de correr traslado de lo allegado por el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná - Cesar-, relacionado con el amparo implorado por Víctor Alfonso Manrique Moreno contra Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A. (Expediente T-6.599.768), se dejara a disposición de las partes o terceros interesados en dicha tutela, con el objeto de que se pronunciaran al respecto. Y (ii) suspender los términos para fallo en el presente proceso acumulado.

7. Realizado lo dispuesto en precedencia y efectuadas las respectivas notificaciones, se recibieron las siguientes respuestas:

Expediente T-6.599.768, caso de Víctor Alfonso Manrique Moreno

Por escrito del 7 de junio de 2018, Allianz Seguros de Vida S.A. solicitó la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela, al advertir la existencia de otros medios de defensa judicial. Igualmente informó brevemente lo concerniente a cada una de las actuaciones que se surtieron dentro del proceso verbal sumario que esa aseguradora promovió contra el accionante y que culminó con la aceptación del aludido contrato de transacción. Agregó que actualmente la fiscalía investiga a los entonces miembros de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar por presuntas irregularidades en ciertos dictámenes de pérdida de capacidad laboral, sin que a la fecha se haya demostrado que el dictamen emitido por esa junta en favor del actor sea producto de tales anomalías.

En memorial del 13 de junio de 2018, Seguros de Vida Suramericana S.A. manifestó que en el trámite tutelar promovido por el demandante esa aseguradora no fue notificada de la demanda, así como tampoco de las demás actuaciones surtidas, por lo que considera que se le vulneró su derecho al debido proceso. Al igual que Allianz, puso de presente que se adelanta investigación penal por la presunta defraudación al sistema pensional, asegurador y bancario. También alegó que las patologías del peticionario corresponden a las expresamente excluidas en la póliza, por lo que estima que no ha desconocido sus derechos.

Expediente T-6.565.840, caso de Fabiola Morales Vidal

Mediante correo electrónico recibido el 12 de junio de 2018, la demandante allegó apartes

de la providencia adoptada por el Juzgado dieciocho Civil Municipal de Oralidad de Cali el 21 de mayo de 2018, con los cuales pone de presente que fue denegado el llamamiento en garantía a Mapfre Colombia S.A., que solicitó en el marco del trámite ejecutivo hipotecario que se adelanta en su contra.

Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano

El 26 de junio de 2018, y con ocasión de la suspensión de términos decretada por esta Sala de Revisión en el presente proceso acumulado, el peticionario únicamente pidió una pronta solución a su caso.

Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina

El 12 de julio de 2018, el Banco de Occidente S.A. informó que el señor Yesid Montes Ospina efectivamente tuvo un crédito de libranza número 54650000065020003804, que se otorgó el 13 de noviembre de 2012 por valor de \$25.000.000. Que validada la información en la base de datos, esa obligación aparece totalmente cancelada desde el 27 de Octubre de 2016. En sustento de lo anterior, se adjuntó copia del paz y salvo emitido por ese banco el 12 de julio de 2018, dado el pago total y voluntario del referido crédito por parte del señor Montes Ospina.

8. En atención a la falta de notificación de la demanda manifestada por Seguros de Vida Suramericana S.A., el Magistrado Sustanciador, por Auto del 21 de junio de 2018, vinculó a dicha aseguradora al trámite de la acción de tutela formulada por Víctor Alfonso Manrique Moreno (T-6.599.768), para que ejerciera sus derechos de defensa y contradicción.

Por escrito recibido en el Despacho del Magistrado Sustanciador el 29 de junio de 2018, Seguros de Vida Suramericana S.A. solicitó que se declare improcedente el amparo reclamado, por considerar que el caso debe ventilarse ante la jurisdicción ordinaria, toda vez que está inmerso en una discusión de índole contractual. No obstante ello, reiteró que las patologías del accionante aluden a las excluidas de forma expresa en la póliza, por lo que estima que no ha vulnerado sus derechos. Expuso que el dictamen aportado por el actor en la tutela no corresponde al allegado al momento de la reclamación, pues el primero se emitió el 30 de enero de 2017, con fecha de estructuración del 21 de agosto de 2013, y el segundo se profirió el 1 de agosto de 2017, con fecha de estructuración del 17 de

diciembre de 2016. Replicó lo referente a la investigación penal adelantada contra los entonces integrantes de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar.

III. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

A. Competencia

1. La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos dentro de los trámites de la referencia, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 86, inciso 3, y 241, numeral 9, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

B. Cuestiones previas a resolver

2. Con base en lo anteriormente expuesto, la Sala advierte la necesidad de examinar, de manera preliminar, los siguientes aspectos: (i) la procedencia de las acciones de tutela y (ii) la carencia actual de objeto en relación con algunos de los asuntos acumulados.

Primera cuestión previa: Análisis de procedencia de las tutelas

3. La Sala establecerá si concurren los requisitos de procedencia de las solicitudes de amparo: (i) relevancia constitucional, (ii) legitimación en la causa por activa, (iii) legitimación en la causa por pasiva, (iv) inmediatez y (v) subsidiariedad. Para ello, se reiterarán las reglas jurisprudenciales en la materia y, con base en ellas, se verificará, en conjunto para los casos de acumulación, el cumplimiento de esas exigencias, precisando las particularidades adicionales a que haya lugar en la acción de tutela promovida contra providencia judicial (Expediente T-6.563.653).

Relevancia constitucional

4. Básicamente se ha señalado que este presupuesto se cumple cuando se verifica que el asunto involucra algún debate jurídico que gira en torno al contenido, alcance y goce de cualquier derecho fundamental[141].

5. La Sala de Revisión observa que los presentes casos son de evidente relevancia constitucional, por cuanto están inmersos en controversias iusfundamentales que giran en

torno al presunto desconocimiento de los derechos al debido proceso, al mínimo vital, a la igualdad y a la vivienda invocados por los demandantes, por parte del Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (en el expediente T-6.563.653) y varias entidades aseguradoras y/o financieras (en los demás expedientes), con ocasión de los trámites que respectivamente adelantaron los accionantes ante los aquí demandados con la finalidad de obtener el cumplimiento de las correspondientes pólizas de seguro de vida deudores que suscribieron para garantizar el pago de los saldos insolutos de los respectivos créditos que adquirieron, dada la ocurrencia de los siniestros de muerte o incapacidad total y permanente, según cada asunto.

Se trata de un debate jurídico relacionado directamente con unas garantías y/o derechos fundamentales de la Carta Política previstos en los artículos 29, 13, 53, 11, 51 y 42, respectivamente, cuya resolución es de competencia de la Corte Constitucional.

6. Además, es de resaltar que todos los tutelantes son sujetos de especial protección constitucional, dada la situación de debilidad manifiesta en la que se encuentran, en razón de cualquiera de las siguientes circunstancias:

(i) Se hallan en el estatus personal de la tercera edad, por cuanto tienen 67 (T-6.563.653), 72 (T-6.565.840) y 72 años de edad (T-6.580.365). (ii) Según lo señalado en las correspondientes historias clínicas y dictámenes de calificación de pérdida de capacidad laboral, los actores padecen parkinson y diabetes mellitus (T-6.563.653); trastornos depresivos recurrentes, diabetes y patologías cardiovasculares (T-6.565.840); cáncer medular de tiroides (T-6.593.057); parkinsonismo, hipoacusia bilateral, hipotiroidismo, hipertensión arterial, rinitis alérgica, asma bronquial y urticaria (T-6.594.184); trastorno depresivo mayor, trastornos especificados de los discos intervertebrales y síndrome del manguito rotador (T-6.599.768); herida en mentón, trauma craneoencefálico con síntomas psicóticos de tipo delirante, disminución de capacidad del lenguaje, deterioro en funcionalidad global, fractura de espina tibial derecha con dolor crónico y cojera, degeneración discal en columna y lumbalgia crónica (T-6.605.576); y neumonía severa, lumbalgia secundaria crónica, disminución de agudeza visual, gastritis crónica, reflujo gastroesofágico y osteomielitis crónica activa (T-6.608.194). (iii) Debido a esos padecimientos, cuentan con pérdida de capacidad laboral del 68% (T-6.563.653), 56,7% (T-6.565.840), 54,24% (T-6.593.057), 88,47% (T-6.594.184), 51,67% (T-6.599.768),

100% (T-6.605.576) y 95,69% (T-6.608.194). (iv) En cuanto a la señora Sindy Cristina Cuéllar Ardila (T-6.579.174), y según el plenario allegado hasta sede de revisión, se observa que afronta una difícil situación económica, pues carece de recursos económicos en la medida en que no devenga ingresos de ninguna índole, tampoco disfruta de pensión alguna y junto a su hijo menor de edad (4 años) dependían económicamente de su compañero permanente, quien adquirió el crédito crediexpress, era el asegurado en la póliza de seguro y falleció el 18 de enero de 2016, lo cual explica por qué a la fecha se adeudan más de 14 cuotas de esa obligación.

Dichas condiciones refuerzan el contenido constitucional de los presentes asuntos, por lo que, en virtud de la protección especial establecida en el inciso tercero del artículo 13 Superior, el juez de tutela está habilitado para desatar las controversias de los mismos.

Legitimación en la causa por activa

7. Se han puntualizado las siguientes reglas en cuanto a legitimación en la causa por activa: (i) la tutela es un medio de defensa de derechos fundamentales que toda persona puede formular “por sí misma o por quien actúe a su nombre”; (ii) no es necesario que el titular de los derechos instaure directamente el amparo, pues un tercero puede hacerlo a su nombre; y (iii) ese tercero debe tener la calidad de: a) representante del titular de los derechos, b) agente oficioso, o c) Defensor del Pueblo o Personero Municipal[142].

8. Respecto a las calidades del tercero fijadas en la última regla, se tiene que representante puede ser, por una parte, el representante legal (cuando el titular de los derechos sea menor de edad, incapaz absoluto, interdicto o persona jurídica), y por otra, el apoderado judicial (en los demás casos)[143].

9. La Sala encuentra cumplido el referido presupuesto de procedibilidad en todos los asuntos. En los escritos de tutela concernientes a los expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.599.768 y T-6.605.576, se verifica que Yesid Montes Ospina, Fabiola Morales Vidal, Sindy Cristina Cuéllar Ardila, Luis Ricardo Sánchez Sánchez, Juan Carlos Villa Álvarez, Víctor Alfonso Manrique Moreno y Jaime Cabrera Lozano, respectivamente, solicitan por sí mismos el amparo de los derechos fundamentales invocados, cuya titularidad es suya dada la situación fáctica de los asuntos, lo cual los legitima y habilita para procurar a nombre propio la salvaguarda de los mismos.

En cuanto a los expedientes T-6.594.184 y T-6.608.194, se observa que, por un lado, los abogados Emiro Arrieta Castillo y Jairo Acosta Martínez actúan como apoderados de los señores Jorge Luis Navarro Villamizar y Jaime Albarracín Daza, respectivamente, y por otro, los poderdantes son las presuntas víctimas de la alegada vulneración de los derechos fundamentales cuya protección se implora. En sustento de la representación judicial ejercida, se anexaron los correspondientes poderes[144] debidamente suscritos por los accionantes y los abogados. Tal circunstancia se enmarca en una de las reglas fijadas por esta Corte para acreditar la legitimidad por activa, esto es, cuando la acción de tutela es promovida por un tercero (apoderado judicial) en representación del titular del derecho fundamental presuntamente desconocido.

Legitimación en la causa por pasiva

10. Según lo previsto en el artículo 5 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela procede contra: (i) toda acción u omisión de las autoridades públicas, que haya vulnerado, vulnere o amenace vulnerar cualquier derecho fundamental, y (ii) las acciones u omisiones de los particulares[145]. Esta exigencia refiere a la aptitud legal y constitucional de la persona (natural o jurídica – pública o privada) contra quien se dirige la acción, de ser la posiblemente llamada a responder por la violación o amenaza del derecho fundamental[146].

Esta Corporación ha sostenido que la acción de tutela puede promoverse frente a particulares cuando: (i) presten servicios públicos, (ii) atenten gravemente contra el interés colectivo, o (iii) respecto de los cuales exista un estado de indefensión o subordinación[147].

Ahora bien, en cuanto a los particulares que ejercen actividades financieras y aseguradoras, la Corte ha concebido viable la formulación de la solicitud de amparo en su contra, por cuanto: (i) prestan un servicio de interés público y (ii) sus usuarios se encuentran en estado de indefensión[148].

11. De igual manera la Sala haya reunido este requisito en los nueve casos acumulados, toda vez que, por una parte, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (T-6.563.653) es una autoridad pública judicial y, por otra, Mapfre Colombia S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero (T-6.565.840); Compañía Seguros Bolívar S.A.

(T-6.579.174); Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. (T-6.580.365); Positiva Compañía de Seguros S.A. (T-6.593.057); Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y Banco Caja Social S.A. (T-6.594.184); Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A. (T-6.599.768); Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. (T-6.605.576); y Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A. (T-6.608.194) son personas jurídicas de naturaleza privada contra las cuales se formularon las correspondientes acciones de tutela y, en esa medida, gozan de legitimación en la causa por pasiva.

Además, la Sala observa que los peticionarios están plenamente habilitados para formular acción de tutela contra dichas empresas privadas, toda vez que está suficientemente demostrado que: (i) éstas últimas prestan un servicio de interés público, en la medida en que ejercen actividades financieras y aseguradoras relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público, que para el presente asunto acumulado serían, entre otros, los provenientes de los accionantes; y (ii) los demandantes se encuentran en estado de indefensión, pues siempre han estado sometidos a las condiciones desiguales que esas mismas entidades han impuesto con ocasión de su posición dominante en el marco de las relaciones contractuales celebradas.

Inmediatez

12. Se ha indicado que la acción de tutela debe ser utilizada en un término prudencial, esto es, con cierta proximidad a la ocurrencia de los hechos que se dicen violatorios y/o amenazantes de derechos fundamentales, pues es claro que la solicitud de amparo pierde su sentido y su razón de ser como mecanismo excepcional y expedito de protección, si el paso del tiempo, lejos de ser razonable, desvirtúa la inminencia y necesidad de protección constitucional[149].

13. Para constatar la observancia de este requisito, este Tribunal ha reiterado que el juez de tutela debe comprobar cualquiera de estas situaciones: (i) si resulta razonable el tiempo comprendido entre el día en que ocurrió o se conoció el hecho vulnerador y/o constitutivo de la amenaza de algún derecho fundamental y, el día en que se formuló la acción de tutela[150]; y/o (ii) si resulta razonable el lapso comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la última actuación que el accionante desplegó en defensa de sus derechos

presuntamente vulnerados y el día en que se solicitó el amparo[151].

14. En consonancia con lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha precisado que existen circunstancias en las cuales es admisible la dilación en la interposición de la acción de tutela, a saber: (i) “Que se demuestre que la vulneración es permanente en el tiempo y que, pese a que el hecho que la originó por primera vez es muy antiguo respecto de la presentación de la tutela, la situación desfavorable del actor derivada del irrespeto de sus derechos, continúa y es actual.” O (ii) “que la especial situación de aquella persona a quien se le han vulnerado sus derechos fundamentales, convierte en desproporcionado el hecho de adjudicarle la carga de acudir al juez; por ejemplo el estado de indefensión, interdicción, abandono, minoría de edad, incapacidad física, entre otros.[152]”[153]

15. La Sala considera cumplido el requisito de inmediatez en la tutela instaurada por Yesid Montes Ospina contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (T-6.563.653), toda vez que dicho juzgado profirió la sentencia que se acusa el 22 de septiembre de 2017 y el amparo se solicitó el 04 de octubre del mismo año, es decir, 12 días después, lapso que para la Sala resulta razonable.

16. Al igual que el caso examinado en precedencia, la Sala estima que las acciones de tutela referentes a los expedientes T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194 también observan el presupuesto de inmediatez, de conformidad con lo que a continuación se pone en evidencia:

16.1. Fabiola Morales Vidal, Sindy Cristina Cuéllar Ardila, Luis Ricardo Sánchez Sánchez, Juan Carlos Villa Álvarez, Jorge Luis Navarro Villamizar, Víctor Alfonso Manrique Moreno, Jaime Cabrera Lozano y Jaime Albarracín Daza reclamaron a las correspondientes entidades aseguradoras y financieras la afectación de las respectivas pólizas de seguro de vida deudores, ante la ocurrencia de los riesgos amparados.

16.2. Las accionadas denegaron lo solicitado mediante comunicaciones definitivas del 22 de junio de 2016, 08 de junio de 2016, 19 de octubre de 2017, 20 de junio de 2017, 21 de abril de 2017, 15 de marzo de 2017, 14 de agosto de 2017 y 11 de mayo de 2017, respectivamente.

16.3. Las acciones de tutela se formularon el 3 de agosto, 15 de agosto, 15 de noviembre,

25 de julio, 14 de junio, 25 de mayo, 7 de septiembre y 28 de julio de 2017, respectivamente, es decir: 1 año, 1 mes y 12 días; 1 año, 2 meses y 7 días; 26 días; 1 mes y 5 días; 1 mes y 23 días; 2 meses y 10 días; 23 días; y 2 meses y 17 días después de que fueron emitidas las respuestas desfavorables a los intereses de los demandantes, términos que igualmente son razonables para esta Sala de Revisión, con fundamento en la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

16.4. Si bien a primera vista podría concebirse que las tutelas promovidas por Fabiola Morales Vidal (T-6.565.840) y Sindy Cristina Cuéllar Ardila (T-6.579.174) incumplen la exigencia de inmediatez, pues entre las fechas en que Mapfre Colombia S.A. y Compañía Seguros Bolívar S.A. denegaron la afectación de las pólizas (22 de junio de 2016 y 8 de junio de 2016) y las fechas en que se solicitaron los amparos (3 de agosto de 2017 y 15 de agosto de 2017), transcurrió 1 año, 1 mes y 25 días en el primer caso y 1 año, 2 meses y 7 días en el otro asunto, lo cierto es que, en observancia de los parámetros jurisprudenciales establecidos en la materia (Supra 14 del capítulo de consideraciones de esta providencia), la presunta afectación de los derechos fundamentales al mínimo vital y vivienda de las referidas ciudadanas, es continua y actual, es decir, se mantiene en el tiempo, ante la negativa de hacerse efectivas las pólizas de seguro de vida deudores.

La permanencia en el tiempo de esa supuesta afectación de los derechos de dichas accionantes se refuerza y adquiere mayor solidez si se tiene en cuenta que en la actualidad se presentan situaciones que dan cuenta de la persistencia de los hechos amenazantes o vulneradores que dieron lugar a las dos solicitudes de amparo. Por una parte, el 27 de junio de 2017 Corbanca promovió proceso ejecutivo hipotecario de única instancia contra la señora Fabiola Morales Vidal (T-6.565.840), dentro del cual, el 21 de mayo de 2018 el Juzgado dieciocho Civil Municipal de Oralidad de Cali denegó por improcedente el llamamiento en garantía a Mapfre Colombia S.A., que solicitó la peticionaria en el marco de ese trámite. Y por otra parte, en cuanto a la señora Sindy Cristina Cuéllar Ardila (T-6.579.174), se observa que ante la muerte de su compañero permanente Carlos Arturo Jiménez Salazar, de quien dependían económicamente ella y su hijo menor de edad, su mínimo vital se ha visto comprometido al punto que a la fecha se adeudan más de 14 cuotas de la obligación crediticia adquirida por el referido señor, lo cual a su vez también pone en riesgo su derecho a la vivienda, en tanto el Banco Davivienda está habilitado para adelantar proceso ejecutivo hipotecario en su contra, con la probable medida cautelar de embargo y

secuestro del inmueble.

Adicionalmente, ambas accionantes se encuentran en situación de vulnerabilidad, toda vez que, de conformidad con las pruebas allegadas en sede de revisión, se evidencia que: (i) la actual situación económica y de salud de la señora Fabiola Morales Vidal (T-6.565.840) es precaria, ya que solo cuenta con una pensión mínima de vejez para cubrir los gastos y obligaciones financieras, tiene a su cargo un nieto menor de edad debido a que el padre se encuentra privado de la libertad, y no cuenta con ningún tipo de ayuda económica, ni rentas o bienes suntuosos; y (ii) la señora Sindy Cristina Cuéllar Ardila (T-6.579.174) no devenga ingresos de ninguna índole, tampoco disfruta de pensión alguna y junto a su hijo dependían económicamente de su entonces compañero permanente, quien falleció el 18 de enero de 2016.

Finalmente, cabe advertir la situación de indefensión de las demandantes frente a las entidades financieras y aseguradoras involucradas, por lo que es razonable realizar un examen flexible del presupuesto de inmediatez y de esta manera reafirmar la observancia del mismo. Proceder con la habitual rigurosidad de análisis de tal requisito de procedencia resultaría desproporcionado para las mencionadas actoras, en atención a lo anteriormente expuesto y dadas sus condiciones socio-económicas.

Subsidiariedad[154]

17. La acción de tutela es un medio de protección de carácter residual y subsidiario que puede utilizarse frente a la vulneración o amenaza de derechos fundamentales cuando no exista otro medio idóneo de defensa o, existiendo, no resulte oportuno o se requiera acudir al amparo como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable[155].

18. La Corte ha indicado que el juez de tutela debe, en cada caso, analizar los recursos judiciales con los cuales cuenta el accionante, con el fin de comprobar si el mecanismo ordinario ofrece el mismo nivel de protección que el amparo constitucional[156]. Se ha señalado que el otro medio de defensa "(...) ha de tener una efectividad igual o superior a la de la acción de tutela para lograr efectiva y concretamente que la protección sea inmediata. No basta, pues, con la existencia en abstracto de otro medio de defensa judicial si su eficacia es inferior a la de la acción de tutela".[157]

19. Esta Corporación ha advertido que el presupuesto de subsidiariedad se integra con el artículo 13 Superior que alude al trato preferencial que deben recibir los sujetos de especial protección constitucional[158]. En esa medida, cuando de los elementos del caso es posible concluir que la persona que solicita el amparo es un sujeto de especial protección, el análisis se debe flexibilizar[159].

20. En materia de pólizas de seguro de vida deudores, este Tribunal, en sentencia T-222 de 2014, analizó los casos de tres personas quienes adquirieron créditos con entidades financieras, los cuales estaban respaldados por contratos de seguro suscritos con diferentes aseguradoras. Tales contratos operarían en caso de muerte o pérdida de capacidad laboral en porcentaje mayor al 50% de los asegurados. En efecto, por causas varias, los actores fueron calificados con invalidez, sin embargo, las aseguradoras se negaron a pagar las pólizas al alegar preexistencia.

Frente al examen de procedencia de las acciones de tutela, la Corte precisó que si bien los accionantes contaban con el mecanismo ordinario para ventilar sus pretensiones, ese era ineficaz por las siguientes razones: “En primer lugar, los casos tienen en común que los peticionarios son sujetos de especial protección constitucional. En estas circunstancias, la Corte ha dicho que el requisito de subsidiariedad se flexibiliza pues lo que es eficaz para el común de la sociedad, para aquellos sujetos, no. Efectivamente, los tutelantes padecen de una discapacidad bastante grave. En los tres asuntos examinados han perdido, por distintas causas, más del 50% de capacidad laboral. Es decir, están en estado de invalidez. Pero adicionalmente, en segundo lugar, en la mayoría de los casos, presuntamente carecen de recursos económicos.”[160]

En esa ocasión, la Corporación concluyó que “obligar a los accionantes a acudir a un proceso ordinario, es condicionar la protección de su derecho a un trámite que no se sabe con certeza cuál será su resultado”[161], por lo que la acción de tutela se convierte en el mecanismo apropiado de defensa judicial de los asegurados.

21. Descendiendo al asunto acumulado sub examine, la presente Sala de Revisión considera que la tutela formulada por Yesid Montes Ospina contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (T-6.563.653), reúne el presupuesto de subsidiariedad, por cuanto el actor no cuenta con otros mecanismos judiciales para cuestionar la sentencia adoptada en

sede de segunda instancia por el juzgado acusado y, de esta manera, reclamar la protección efectiva de su derecho fundamental al debido proceso.

21.1. Si se llegare a pensar en el recurso extraordinario de casación, la Sala advierte que es imposible exigir al tutelante el agotamiento de dicho recurso, toda vez que, según lo previsto en el artículo 334[162] del Código General del Proceso, ese mecanismo procede contra las sentencias proferidas por los tribunales superiores en segunda instancia.

21.2. La Sala también descarta la posibilidad de que el demandante pueda hacer uso del recurso extraordinario de revisión para obtener la salvaguarda de sus intereses, como se pone de presente a continuación.

(i) En virtud de lo establecido en los artículos 354 y 355 del Código General del Proceso, la mencionada herramienta judicial procede contra las sentencias ejecutoriadas, siempre y cuando se presente alguna de las siguientes causales taxativas:

“1. Haberse encontrado después de pronunciada la sentencia documentos que habrían variado la decisión contenida en ella, y que el recurrente no pudo aportarlos al proceso por fuerza mayor o caso fortuito o por obra de la parte contraria.

2. Haberse declarado falsos por la justicia penal documentos que fueron decisivos para el pronunciamiento de la sentencia recurrida.

3. Haberse basado la sentencia en declaraciones de personas que fueron condenadas por falso testimonio en razón de ellas.

4. Haberse fundado la sentencia en dictamen de perito condenado penalmente por ilícitos cometidos en la producción de dicha prueba.

5. Haberse dictado sentencia penal que declare que hubo violencia o cohecho en el pronunciamiento de la sentencia recurrida.

6. Haber existido colusión u otra maniobra fraudulenta de las partes en el proceso en que se dictó la sentencia, aunque no haya sido objeto de investigación penal, siempre que haya causado perjuicios al recurrente.

7. Estar el recurrente en alguno de los casos de indebida representación o falta de notificación o emplazamiento, siempre que no haya sido saneada la nulidad.
8. Existir nulidad originada en la sentencia que puso fin al proceso y que no era susceptible de recurso.
9. Ser la sentencia contraria a otra anterior que constituya cosa juzgada entre las partes del proceso en que aquella fue dictada, siempre que el recurrente no hubiera podido alegar la excepción en el segundo proceso por habersele designado curador ad litem y haber ignorado la existencia de dicho proceso. Sin embargo, no habrá lugar a revisión cuando en el segundo proceso se propuso la excepción de cosa juzgada y fue rechazada.”

(ii) Vistas esas causales a la luz de la situación fáctica que dio lugar al caso tutelar, para esta Sala es notorio que el reclamo iusfundamental del actor, dirigido a censurar el presunto error fáctico en que haya podido incurrir el juzgado demandado, no se ajusta a ninguna de las causales de procedencia del recurso extraordinario de revisión, por cuanto el accionante sólo cuestiona un supuesto equívoco inmanente o interno al proceso verbal que adelantó y no aspectos trascendentes o externos al mismo.

22. Con base en las reglas expuestas en la presente providencia (Supra 17 a 20 de las consideraciones) y según las particularidades en las que están inmersos los casos concernientes a los expedientes T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194, la Sala igualmente estima cumplido el requisito de subsidiariedad en relación con tales asuntos. Si bien en principio los ciudadanos Fabiola Morales Vidal, Sindy Cristina Cuéllar Ardila, Luis Ricardo Sánchez Sánchez, Juan Carlos Villa Álvarez, Jorge Luis Navarro Villamizar, Víctor Alfonso Manrique Moreno, Jaime Cabrera Lozano y Jaime Albarracín Daza cuentan con otros mecanismos de defensa judicial para pretender la afectación de las correspondientes pólizas de seguro de vida deudores, lo cierto es que esos medios ordinarios carecen de eficacia para desatar la salvaguarda iusfundamental que se implora, dadas las circunstancias especiales que a continuación se resaltan:

22.1. Todos esos accionantes efectuaron un mínimo de diligencia en procura de sus intereses, ya que agotaron la reclamación ante las respectivas entidades aseguradoras y financieras censuradas.

22.2. La ciudadana Fabiola Morales Vidal (T-6.565.840) (i) se halla en el estatus personal de la tercera edad, por cuanto tiene 72 años; (ii) según su historia clínica, padece trastornos depresivos recurrentes, diabetes y patologías cardiovasculares; (iii) con ocasión de dichas afecciones, fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 56,7%; (iv) y de conformidad con lo consignado en la declaración extraprocesal dada por ella y dos personas más, su actual situación económica es precaria, por cuanto solo devenga una pensión de vejez, que no es suficiente para cubrir los gastos y obligaciones financieras, está a cargo de un nieto menor de edad y no tiene ningún tipo de ayuda económica, ni rentas o bienes.

22.3. Pese a que la señora Sindy Cristina Cuéllar Ardila (T-6.579.174) (i) cuenta con 37 años de edad, lo relevante es que, (ii) conforme a la declaración extraprocesal manifestada por ella y otros ciudadanos, carece de recursos económicos suficientes, pues: a) no devenga ingresos de ninguna índole y tampoco disfruta de pensión alguna; b) ella y su hijo menor de edad (4 años) dependían económicamente de su compañero permanente Carlos Arturo Jiménez Salazar, quien adquirió el crédito crediexpress, fungió como asegurado en la póliza y falleció el 18 de enero de 2016; c) lo que llevo a que a la fecha se adeuden más de 14 cuotas de esa obligación; d) escenario que no solo da cuenta de la probable pérdida de la vivienda donde residen, en caso de que el Banco Davivienda promueva proceso ejecutivo hipotecario en su contra, sino que su mínimo vital está seriamente comprometido, pues de no ser así, es decir, si la actora contara con los recursos suficientes hubiese asumido y continuado con el pago del crédito y de esta forma haber evitado la puesta en peligro del inmueble donde vive con su hijo. Y (iii) según información contenida en la base de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO- Registro Único de Afiliados -RUAF-, registra como afiliada en el régimen subsidiado de salud, a través de Medimas EPS.

22.4. El señor Luis Ricardo Sánchez Sánchez (T-6.580.365) cuenta con 72 años de edad, por lo que también se encuentra en el estatus personal de la tercera edad, lo cual es suficiente para que goce de la calidad de sujeto de especial protección constitucional.

22.5. Si bien el peticionario Juan Carlos Villa Álvarez (T-6.593.057) (i) tiene 52 años de edad, lo cierto es que, (ii) examinada su historia clínica, se constata que se le diagnosticó cáncer medular de tiroides; (iii) razón por la que fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 54,24%; y (iv) según el plenario, no disfruta de ingreso y pensión alguna, lo cual

afecta su mínimo vital y el de su familia, al ser él quien “ha sostenido económicamente a [la] familia”[163].

22.6. El ciudadano Jorge Luis Navarro Villamizar (T-6.594.184) (i) tiene 31 años de edad; no obstante, (ii) vista su historia clínica, se observa que padece parkinsonismo, hipoacusia bilateral, hipotiroidismo, hipertensión arterial, rinitis alérgica, asma bronquial y urticaria; (iii) afecciones por las cuales fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 88,47%; y (iv) en atención a lo constado en la declaración extraprocesal dada por él y otras personas que lo conocen, se tiene que la Policía Nacional le reconoció pensión de invalidez (12.10.2016) por \$1.529.756, pero que ese valor es insuficiente para sufragar todos sus gastos que suman \$2.139.645, en tanto debe pagar las obligaciones crediticias y velar por todas sus necesidades, así como las de su hijo menor de 18 meses y las de su compañera permanente, quien no labora.

22.7. En el caso de Víctor Alfonso Manrique Moreno (T-6.599.768) debe considerarse que, si bien tiene 33 años de edad, el accionante vive unas situaciones médicas y económicas especiales. Por un lado, el tutelante sufre de trastorno depresivo mayor, trastornos especificados de los discos intervertebrales y síndrome del manguito rotador[164], que le significaron una pérdida de capacidad laboral del 51,67%[165]. Por otro lado, y conforme a lo alegado en el escrito tutelar, se tiene que su situación económica es precaria, toda vez que si bien en la actualidad sus ingresos son de \$2.900.000, lo cierto es que con ello debe asumir el pago de todas sus obligaciones crediticias, así como los gastos de su sostenimiento y el de su familia conformada por su esposa (ama de casa), sus padres y su hijo menor de edad (no se indica edad).

22.8. El demandante Jaime Cabrera Lozano (T-6.605.576) (i) tiene 35 años de edad, sin embargo, ello no es óbice para resaltar que (ii) en su historia clínica están consignadas las siguientes lesiones: herida en mentón, trauma craneoencefálico con síntomas psicóticos de tipo delirante, disminución de capacidad del lenguaje, deterioro en funcionalidad global, fractura de espina tibial derecha con dolor crónico y cojera, degeneración discal en columna y lumbalgia crónica; (iii) circunstancias por las cuales fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 100%; y (iv) según lo sostenido por él en la tutela y en sede de revisión, se tiene que vive con su esposa, quien es ama de casa, y su hija menor de edad (no informa la edad)[166], es pensionado de la policía nacional (\$1.950.000), con la cual

subsiste con su familia y debe pagar dos créditos (uno con Davivienda y el otro con Bancolombia), arriendo, servicios públicos y alimentación, vestuario y salud para él y su familia, pues debido a su invalidez no ha podido conseguir un empleo.

Por otro lado, debe mencionarse que, en este caso, las pruebas que obran en el proceso, lo pretendido por el accionante se aproxima a una discusión sobre interpretación contractual y no a una posible vulneración de derechos fundamentales. Ello se debe, primero, a que la acción pareciese estar dirigida a determinar cuál de los dictámenes médicos (el del tribunal médico de las Fuerzas militares, que calificó una pérdida de capacidad laboral con fecha del 28.04.2009 y 16.03.2010, y el de la Junta regional de Calificación de invalidez del César que calificó la pérdida de capacidad laboral el 25.11.2015) determina la situación concreta del accionante. Esta aparente incertidumbre implica, segundo, la cuestión de si el accionante debía informar la existencia de una incapacidad, como aquel lo menciona en su acción: “el crédito que tramitó [Jaime Albarracín Daza] fue obtenido antes de que se le conceptuara la incapacidad definitiva, por lo cual no podía avisar a la entidad financiera”[169]. En otras palabras, implica la cuestión de si el estudio de las incapacidades implica un derecho a no informarlas hasta que éstas queden en firme. Tercero, lo anterior implica, a su vez, un estudio sobre las actuaciones de buena fe realizadas tanto por el accionante como por la aseguradora al momento de celebrar el contrato; esta determinación, sin embargo, no es posible, pues en el expediente no obra copia del contrato del crédito ni de la declaración de asegurabilidad. Estas pruebas hubiesen permitido (como lo hará en los otros casos) determinar si el accionante autorizó el acceso a la historia clínica, si existía una declaración adecuada y si la aseguradora realizó conductas para verificar la situación del accionante al momento de celebrar el contrato de seguro. La ausencia de estas pruebas, así como las inquietudes que se evidencian en el expediente, implicaría un ejercicio por parte de esta Corporación, que le es propio a la jurisdicción ordinaria. En ese sentido, el requisito de subsidiariedad no se encuentra satisfecho en el presente expediente y, en consecuencia, se determina que la acción es improcedente.

22.10. Además, los mencionados demandantes están en situación de indefensión frente a las entidades financieras y aseguradoras demandadas, por cuanto han sido sometidos a las condiciones contractuales desiguales que esas mismas entidades les han impuesto en el ejercicio de su posición dominante en el marco del desempeño de sus actividades financieras y aseguradoras relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de

recursos captados del público.

23. Nótese cómo todos esos peticionarios son sujetos de especial protección constitucional, toda vez que, ya sea por su estatus personal de la tercera edad, estado de salud, discapacidad, difícil situación económica o estado de indefensión, es clara la extrema vulnerabilidad y debilidad manifiesta en la que se encuentran, por lo que, en virtud de la protección especial establecida en el inciso tercero del artículo 13 de la Constitución, resulta imperioso e inaplazable que el juez de tutela resuelva los presentes asuntos de manera definitiva. La Sala estima que someterlos a las cargas procesales y a los plazos establecidos en la justicia ordinaria para que se desaten de fondo sus pretensiones, sería desproporcionado dadas sus condiciones específicas y, además, haría nugatoria la protección efectiva e integral de sus derechos fundamentales.

Presupuestos de procedencia adicionales a verificar en relación con la tutela formulada contra providencia judicial (Expediente T-6.563.653)

24. Esta Corte ha sostenido que es posible formular acción de tutela contra decisiones judiciales que desconozcan el derecho fundamental al debido proceso. En el fallo C-590 de 2005 se abandonó el concepto de vía de hecho por los de causales específicas para la procedencia del amparo. No obstante, antes de examinar si se incurrió en un defecto específico se debe constatar el cumplimiento de los siguientes requisitos generales:

(i) Relevancia constitucional. (ii) Agotar los medios ordinarios y extraordinarios de defensa judicial (subsidiariedad). (iii) Inmediatez. (iv) Que de tratarse de irregularidades procesales, las mismas hayan tenido incidencia directa en la decisión que resulta vulneratoria de los derechos fundamentales. (v) El actor debe identificar los hechos vulneradores y los derechos vulnerados. Y (vi) ausencia de tutela contra sentencias de tutela.

25. Dado que los tres primeros presupuestos de los seis señalados en precedencia fueron examinados páginas atrás de manera conjunta con los demás expedientes acumulados, aquí la Sala se ocupará en determinar si la acción de tutela instaurada por Yesid Montes Ospina contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot (Expediente T-6.563.653) cumple las restantes exigencias generales de procedibilidad del amparo contra providencias judiciales.

Que de tratarse de irregularidades procesales, las mismas hayan tenido incidencia directa en la decisión que resulta vulneratoria de los derechos fundamentales

26. La Sala considera que esta exigencia no es aplicable al asunto objeto de estudio, toda vez que la presunta anomalía alegada por el tutelante es de carácter sustantivo y no de naturaleza procesal.

El actor debe identificar los hechos vulneradores y los derechos vulnerados

27. De igual manera la Sala encuentra reunido este presupuesto. El accionante identificó como fuente de la presunta vulneración la sentencia adoptada en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot en el marco del proceso verbal que adelantó el demandante contra Seguros de Vida Alfa S.A. y el Banco de Occidente S.A., cuyo radicado correspondió al número 2015-00428.

De la ausencia de tutela contra sentencias de tutela

28. Para la Sala este requisito también se cumple, por cuanto el caso no alude a una solicitud de amparo instaurada contra decisiones proferidas en sede de tutela. Se cuestiona el fallo judicial que adoptó el accionado en segunda instancia dentro del trámite verbal señalado.

29. En suma, lo evidenciado hasta aquí es suficiente para que la Sala concluya que todas las acciones de tutela -salvo el expediente T- 6.608.194- son procedentes, lo cual conduce al examen de la segunda cuestión previa.

Segunda cuestión previa: Análisis de carencia actual de objeto en relación con algunos de los asuntos acumulados

30. Dada la información aportada hasta la fecha, es necesario establecer si existe carencia actual de objeto por hecho superado en los casos concernientes a los expedientes T-6.580.365 y T-6.599.768, ya que, al parecer, las respectivas aseguradoras demandadas accedieron al pago de los correspondientes saldos insolutos de las deudas adquiridas. Para ello, se reiterarán las reglas que determinan el alcance de la carencia actual de objeto por hecho superado y, con base en ellas, se verificará si se configura dicho fenómeno en los casos referidos.

Carencia actual de objeto. Reiteración de jurisprudencia[170]

31. El artículo 86 de la Constitución Política consagró la acción de tutela con el objetivo de proteger derechos fundamentales cuando los mismos resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública y, en casos específicos, por los particulares. Su protección consistirá en una orden para que, aquél respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo[171].

32. La orden en la acción de tutela busca que cese la amenaza o vulneración de los derechos fundamentales, por lo que su eficacia precisamente depende de la actualidad del hecho vulnerador. De esta forma, si cesa la conducta que viola los derechos fundamentales, el juez no tiene un objeto sobre el cual pronunciarse, escenario en el que se configura lo que la jurisprudencia ha denominado carencia actual de objeto[172].

33. La carencia actual de objeto tiene lugar cuando se profiere una orden relacionada con lo solicitado en la acción de tutela; sin embargo, la misma no tendría ningún efecto, esto es, caería en el vacío. Dicha situación se presenta ante la presencia de un hecho superado, un daño consumado[173] o el acaecimiento de una situación sobreviniente[174].

34. El hecho superado se da cuando se “repara la amenaza o vulneración del derecho cuya protección se ha solicitado” o cuando “cesa la violación del derecho fundamental o el hecho que amenazaba vulnerarlo, es decir, en el curso del proceso de tutela las situaciones de hecho generadoras de la vulneración desaparecen o se solucionan”[175].

Verificación de carencia actual de objeto en el expediente T-6.580.365

35. El 4 de mayo de 2017, la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez adquirió un préstamo por libranza con el banco BBVA y, al tiempo, suscribió contrato de seguro de vida deudores para amparar los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente. El 25 de septiembre de 2017, la señora Ovalle de Sánchez falleció. El 16 de octubre de 2017, el señor Luis Ricardo Sánchez Sánchez, esposo de la referida señora, reclamó a BBVA el amparo de vida que cubría el crédito por libranza. El 19 de octubre de 2017, BBVA denegó lo solicitado, por lo que el mencionado señor acudió a la acción de tutela para solicitar que se proteja su derecho fundamental al mínimo vital y, en consecuencia, se ordene hacer efectivo el seguro de vida suscrito por su esposa.

36. Sin embargo, durante el trámite de revisión, el accionante allegó varios documentos, a saber: (i) respuesta dada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. el 19 de febrero de 2018, por la cual se informa al peticionario que se reconsideró la solicitud de cumplimiento de la respectiva póliza y se procedería al pago del saldo insoluto del crédito adquirido por la señora Dora Inés Ovalle de Sánchez (\$43.000.000). (ii) Constancia expedida el 14 de marzo de 2018 por el banco BBVA, con la cual se certifica que la señora Ovalle de Sánchez se encuentra a paz y salvo, por concepto de la obligación asumida por dicha señora y que está totalmente cancelada.

Tal información la reafirmó la Superintendencia Financiera el 24 de mayo de 2018, como vinculada al proceso tutelar, al señalar que ante esa entidad se adelantó trámite administrativo con ocasión de la queja presentada contra BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., que finalizó con la respuesta mediante la cual la referida aseguradora informó que había reconsiderado la solicitud de cumplimiento de la póliza.

37. En vista de lo anterior, la Sala de Revisión considera que existe carencia actual de objeto por hecho superado, dado que cesó la presunta vulneración de los derechos fundamentales invocados, en la medida en que la aseguradora accionada accedió a la reclamación efectuada por el actor y procedió a pagar el saldo insoluto de la obligación financiera que en su momento contrajo la esposa del tutelante. Cabe aclarar que, pese a que, por una parte, en sentencia del 27 de noviembre de 2017 el a quo concedió el amparo solicitado y, por otra, mediante fallo del 15 de enero de 2018 el ad quem revocó esa decisión y, en su lugar, denegó la protección, lo cierto es que la carencia actual de objeto por hecho superado se configura porque la satisfacción de la pretensión surgió de la voluntad de la parte demandada el 19 de febrero de 2018.

Verificación de carencia actual de objeto en el expediente T-6.599.768

38. El señor Víctor Alfonso Manrique Moreno adquirió tres créditos con distintas entidades bancarias, entre ellas Bancolombia, y suscribió igual número de contratos de seguro de vida deudores con Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A., uno con cada una de esas aseguradoras. El 30 de enero de 2017, fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 51,67%, por lo que reclamó a dichas entidades la afectación de las pólizas. El 6 y 15 de marzo de 2017, Allianz y Alfa,

respectivamente, negaron lo pedido, y el 27 del mismo mes y año, Bancolombia le informó que no era procedente la devolución del dinero ya pagado, dado que la póliza solo amparaba el saldo insoluto de la deuda. Por lo anterior, el peticionario formuló acción de tutela para implorar el amparo de sus derechos fundamentales invocados y, por ende, se ordene, por un lado, a Allianz y Alfa hacer efectivas las respectivas pólizas, y por otro, a Bancolombia o Suramericana devolver la totalidad del dinero que pagó en relación con la obligación N° 5240089989, adquirida con el mencionado banco.

39. No obstante, antes de promoverse el amparo, Suramericana informó al actor que había accedido a lo solicitado, por lo que procedió al pago del saldo del crédito correspondiente. Dicha circunstancia se verificó cuando, realizado el traslado de la demanda, Bancolombia alegó la existencia de un hecho superado, en tanto Suramericana efectivamente había asumido y pagado el valor restante de la deuda contraída por el actor con ese banco.

40. Adicionalmente, en sede de revisión, el Juzgado Civil del Circuito de Chiriguaná -Cesar- informó que: (i) en ese despacho se había admitido demanda verbal de mayor cuantía formulada por Allianz Seguros de Vida S.A. contra Víctor Alfonso Manrique Moreno. (ii) Se notificó al demandado, éste contestó y propuso excepciones de mérito. (iii) Se ordenó el traslado de las excepciones. (iv) Se fijó audiencia para el 8 de marzo de 2018, pero al no existir ánimo conciliatorio, se estableció nueva fecha para continuar con la diligencia, la cual se llevó a cabo el 17 de mayo de 2018. (v) En esa última data, las partes allegaron contrato de transacción donde de común acuerdo acordaron dejar sin efecto el respectivo contrato de seguro suscrito por Allianz y el señor Víctor Alfonso Manrique Moreno, por lo que el mencionado señor desistió de la reclamación presentada ante la aseguradora y ésta se comprometió a devolver el monto de \$2.373.040, por concepto de la prima pagada en virtud de la correspondiente póliza. (vi) Se aceptó la transacción y se ordenó la terminación del proceso y su archivo. Toda esa información fue debidamente soportada en los documentos que vía correo electrónico arrió el referido operador judicial.

41. Al igual que el primer asunto examinado, para la Sala es claro que en el presente caso también se configura la carencia actual de objeto por hecho superado, pero en relación con el presunto desconocimiento iusfundamental proveniente de Seguros de Vida Suramericana S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., toda vez que desaparecieron los hechos constitutivos de la supuesta conculcación de los derechos invocados por el actor, en el

entendido que esas aseguradoras finalmente o hicieron efectivas las respectivas pólizas y pagaron los saldos insolutos a los que había lugar o realizaron una transacción con el tutelante.

No puede concluirse lo mismo frente a Seguros de Vida Alfa S.A., ya que, a la fecha, y según los elementos de convicción obrantes en el expediente, la Sala desconoce que haya cesado la presunta vulneración de derechos fundamentales alegada por el demandante contra esa entidad.

Cabe precisar que la carencia actual de objeto por hecho superado constatada en relación con Suramericana es parcial, pues no operó frente a la pretensión del actor que alude a ordenar ya sea a esa aseguradora o a Bancolombia devolver la totalidad del dinero que había cancelado con ocasión de la obligación crediticia adquirida con dicho banco. De tal suerte que más adelante la Sala habrá de pronunciarse al respecto.

42. Abordadas, desarrolladas y concluidas las cuestiones previas planteadas en precedencia, pasa la Sala a formular los problemas jurídicos con los respectivos matices que hasta ahora se han realizado.

C. Problemas jurídicos a resolver

43. Según lo hasta aquí evidenciado, corresponde a la Sala Novena de Revisión resolver los siguientes problemas jurídicos:

(i) En cuanto al expediente T-6.563.653: ¿vulneró el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot el derecho fundamental al debido proceso del accionante por presuntamente haber incurrido en defecto fáctico, toda vez que al adoptar decisión de segunda instancia en el marco del proceso verbal promovido por el peticionario contra el Banco de Occidente y Seguros de Vida Alfa S.A., supuestamente valoró equívocamente el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por Colsubsidio, al haber indicado que la fecha de estructuración de la invalidez era el 25 de enero de 2010 (diagnóstico de Parkinson) y no el 17 de diciembre de 2013 como se estableció en el referido dictamen?

(ii) En relación con los expedientes T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194: ¿desconocieron las entidades aseguradoras

accionadas los derechos fundamentales de los demandantes, por negarse a hacer efectivas las correspondientes pólizas de seguro de vida deudores que adquirieron los accionantes, bajo el argumento de incurrir en preexistencia y/o reticencia en el marco de los respectivos contratos de seguro? Asimismo, en el expediente T-6.599.768 se plantea la pregunta: ¿se vulneraron los derechos fundamentales de Victor Alfonso Manrique Moreno, al no reconocerle el reintegro de las cuotas consignadas pese a que la aseguradora había pagado el saldo adeudado?

44. Para tales cometidos, se reiterará la jurisprudencia relacionada con: (i) causales específicas de procedencia excepcional de la tutela contra providencias judiciales, (ii) breve caracterización del defecto fáctico, (iii) límites constitucionales a la libertad contractual en el ejercicio de las actividades que involucren un interés público, (iv) reglas jurisprudenciales en relación con el principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro, y (v) protección del derecho fundamental al mínimo vital de las personas en situación de discapacidad o debilidad manifiesta. Con base en lo anterior, se solucionarán los casos concretos.

Causales específicas de procedencia excepcional de la acción de tutela contra providencias judiciales. Reiteración de jurisprudencia

45. Además de los presupuestos generales de procedencia vistos páginas atrás, la Corte Constitucional también ha identificado requisitos o causales específicas en cuanto a la procedibilidad de la acción de tutela contra sentencias, a efecto de obtener el amparo del derecho fundamental al debido proceso. Al respecto, en el ya citado fallo C-590 de 2005, esta Corporación determinó que debe acreditarse por lo menos una de las siguientes causales específicas:

“a. Defecto orgánico, que se presenta cuando el funcionario judicial que profirió la providencia impugnada, carece, absolutamente, de competencia para ello.

b. Defecto procedimental absoluto, que se origina cuando el juez actuó completamente al margen del procedimiento establecido.

c. Defecto fáctico, que surge cuando el juez carece del apoyo probatorio que permita la aplicación del supuesto legal en el que se sustenta la decisión.

d. Defecto material o sustantivo, como son los casos en que se decide con base en normas inexistentes o inconstitucionales[176] o que presentan una evidente y grosera contradicción entre los fundamentos y la decisión.

f. Error inducido, que se presenta cuando el juez o tribunal fue víctima de un engaño por parte de terceros y ese engaño lo condujo a la toma de una decisión que afecta derechos fundamentales.

g. Decisión sin motivación, que implica el incumplimiento de los servidores judiciales de dar cuenta de los fundamentos fácticos y jurídicos de sus decisiones en el entendido que precisamente en esa motivación reposa la legitimidad de su órbita funcional.

h. Desconocimiento del precedente, hipótesis que se presenta, por ejemplo, cuando la Corte Constitucional establece el alcance de un derecho fundamental y el juez ordinario aplica una ley limitando sustancialmente dicho alcance. En estos casos la tutela procede como mecanismo para garantizar la eficacia jurídica del contenido constitucionalmente vinculante del derecho fundamental vulnerado[177].

i. Violación directa de la Constitución.”[178]

Breve caracterización del defecto fáctico. Reiteración de jurisprudencia[179]

46. De conformidad con la jurisprudencia constitucional[180], precisada en la sentencia de unificación SU-195 de 2012, el defecto fáctico “tiene lugar siempre que resulte evidente que el apoyo probatorio en que se fundamentó el juez para resolver un caso es absolutamente inadecuado[181]. Para este Tribunal ‘Si bien el juzgador goza de un amplio margen para valorar el material probatorio en el cual ha de fundar su decisión y formar libremente su convencimiento, inspirándose en los principios científicos de la sana crítica [...]’[182], dicho poder jamás puede ejercerse de manera arbitraria; su actividad evaluativa probatoria implica, necesariamente, la adopción de criterios objetivos[183], no simplemente supuestos por el juez, racionales[184], es decir, que ponderen la magnitud y el impacto de cada una de las pruebas allegadas, y rigurosos[185], esto es, que materialicen la función de administración de justicia que se les encomienda a los funcionarios judiciales sobre la base de pruebas debidamente recaudadas[186].”[187]

47. Se ha sostenido que el defecto fáctico se puede concretar en dos dimensiones: una omisiva y una positiva. “La primera, la dimensión omisiva, comprende las omisiones en la valoración de pruebas determinantes para identificar la veracidad de los hechos analizados por el juez[188]. La segunda, la dimensión positiva, abarca la valoración de pruebas igualmente esenciales que el juzgador no puede apreciar, sin desconocer la Constitución[189].”[190]

47.1. En relación con a la dimensión omisiva, esta alude a “la negación o valoración arbitraria, irracional y caprichosa de la prueba[191] que se presenta cuando el juez simplemente ignora la prueba u omite su valoración[192], cuando sin razón valedera da por no probado el hecho o la circunstancia que de la misma emerge clara y objetivamente[193].”[194]

47.2. Respecto a la dimensión positiva, “se presenta generalmente cuando aprecia pruebas que no ha debido admitir ni valorar porque, por ejemplo, fueron indebidamente recaudadas (artículo 29 C.P.)[195].”[196]

48. Se ha señalado que la acción de tutela contra providencias judiciales fundada en este defecto es viable cuando la negativa a decretar o valorar la prueba o el error en la valoración de la misma es “de tal entidad que sea ostensible, flagrante y manifiesto, y el mismo debe tener una incidencia directa en la decisión, pues el juez de tutela no puede convertirse en una instancia revisora de la actividad de evaluación probatoria del juez que ordinariamente conoce de un asunto”[197].

49. Ahora bien, la jurisprudencia de esta Corte ha identificado las siguientes manifestaciones del defecto fáctico: (i) la omisión en el decreto y práctica de pruebas, (ii) la no valoración del acervo probatorio y (iii) la valoración defectuosa del material probatorio. Cada una de ellas consiste en lo que a continuación se transcribe:

“1. Defecto fáctico por la omisión en el decreto y la práctica de pruebas. Esta hipótesis se presenta cuando el funcionario judicial omite el decreto y la práctica de pruebas, lo cual tiene como consecuencia impedir la debida conducción al proceso de ciertos hechos que resultan indispensables para la solución del asunto jurídico debatido[198].

2. Defecto fáctico por la no valoración del acervo probatorio. Se presenta cuando el

funcionario judicial, a pesar de que en el proceso existan elementos probatorios, omite considerarlos, no los advierte o simplemente no los tiene en cuenta para efectos de fundamentar la decisión respectiva, y en el caso concreto resulta evidente que de haberse realizado su análisis y valoración, la solución del asunto jurídico debatido variaría sustancialmente[199].

3. Defecto fáctico por valoración defectuosa del material probatorio. Tal situación se advierte cuando el funcionario judicial, en contra de la evidencia probatoria, decide separarse por completo de los hechos debidamente probados y resolver a su arbitrio el asunto jurídico debatido; o cuando a pesar de existir pruebas ilícitas no se abstiene de excluirlas y con base en ellas fundamenta la decisión respectiva[200].”[201]

El principio de buena fe en los contratos de seguro

50. El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

51. El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría[202]. En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.

52. Este criterio toma mayor fuerza cuando, además de existir una situación asimétrica, la parte dominante presta un servicio público, en especial cuando está relacionado con las actividades consagradas en el artículo 335 de la Constitución[203]. Ello se debe a que los agentes no solo gozan de una posición que les permite fijar las condiciones de los créditos, sistemas de amortización y demás[204], sino que en ellos se deposita la confianza pública por el servicio que prestan[205].

53. La aplicación del principio de buena fe con una mayor rigurosidad no implica, sin embargo, que los agentes regulados por el artículo 335 de la Constitución estén sujetos a una restricción absoluta de su libertad contractual. Por el contrario, la jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que es posible establecer unos límites a las actividades financiera y aseguradora, que gravitan dentro de la autonomía privada y la libertad contractual, pero

deben desarrollarse en acatamiento de los valores y principios consagrados en la Constitución[206].

54. La Corte Constitucional ha sostenido que, en materia de seguros, la autonomía de la voluntad no puede constituirse en un abuso de su posición en detrimento de los derechos que acuden a la aseguradora[207]. Para evitar posibles acciones arbitrarias, esta Corporación ha establecido algunos límites, entre los cuales debe mencionarse la *uberrimae fidae*[208].

55. Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro[209], se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial[210]. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual[211] y; b) un deber concreto de interpretación *pro consumatore*[212].

56. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual. Asimismo, este deber implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas, que permitan la definición adecuada del contrato de seguro.

57. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que el artículo 83 de la Constitución repudia las conductas arbitrarias tanto del asegurador como del tomador (o asegurado)[213] y, por ello, deben establecerse las obligaciones necesarias para evitar que dichas conductas se realicen. Para el caso del tomador o asegurado, el Legislador y esta Corporación han reconocido el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo[214].

58. La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato[215]. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia.

59. Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la

enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica.

60. Por otra parte, este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta[216]. Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la salud de las personas[217]. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro -aun si existiesen antes del mismo-, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas[218].

61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar -o la configuración de la reticencia- requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe[219]. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato[220]. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia[221]. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado[222]; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales[223].

62. En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro.

63. La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a

unos deberes mayores[224].

64. El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella[225].

65. El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados[226] y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado[227].

67. En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso[228] y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria

de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión[229].

68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.

69. En sentencia T-832 de 2010 se estudió el asunto de una profesora madre cabeza de familia de 54 años de edad, afectada por disfonía y con pérdida de capacidad laboral del 77.5%, a quien una aseguradora le negó pagar el valor de un seguro de vida grupo deudores, bajo el argumento de una preexistencia. La Corte concedió la protección implorada y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario el saldo insoluto de la obligación adquirida por la actora con dicho Banco.

Para arribar a esa dedición, esta Corporación encontró que la aseguradora “fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.

70. Mediante providencia T-1018 de 2010 se ventiló la situación de una persona a quien su médico tratante le diagnosticó cáncer gástrico a nivel del estómago nodular. El peticionario devengaba una pensión de aproximadamente un millón de pesos y con ella subsistía junto con sus tres hijos menores de edad y esposa. Por su enfermedad fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Por esa razón, al haber suscrito un crédito con un banco, que a su vez fue respaldado con una póliza de seguro de vida grupo deudores que operaría por invalidez o muerte, solicitó el pago insoluto de la deuda. Sin embargo, la aseguradora denegó su solicitud por estimar que el demandante no había informado sobre

su enfermedad al momento de tomar el seguro.

La Corte Constitucional sostuvo que, si bien existía una posible reticencia, en el caso concreto emerge una excepción, por tratarse de un anciano cubierto por un seguro de vida grupo de deudores, que se halla incapacitado y gravemente enfermo, viviendo con su esposa y 3 hijos y percibiendo pensión de vejez de aproximadamente \$950.000, luego de descuentos y deducciones legales, acreditándose luego que él y miembros de su grupo familiar se encuentran inscritos en el sistema único de registro de la población desplazada. Pese a que en esa ocasión se configuró un hecho superado, este Tribunal manifestó que “[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente”.

71. Por tutela T-751 de 2012 se examinaron los casos de dos personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos que estaban amparados con pólizas de seguro de vida grupo deudores, los cuales obligaban a las aseguradoras a pagar el saldo insoluto de las deudas, siempre que los tomadores perdieran más del 50% de capacidad laboral y/o por muerte. Tras culminar el análisis de fondo, la Corte dispuso proteger los derechos fundamentales de los actores y, por ende, ordenó a las accionadas efectuar los trámites para hacer efectivas las respectivas pólizas de seguro. En especial, la Corte Constitucional consideró que se desconocieron los deberes de claridad en la redacción de los contratos y de interpretación pro consumatore, explicado en las consideraciones anteriores.

Según esta Corporación, el contrato de seguro se caracteriza, de una parte, “por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro”.

Al respecto, este Tribunal agregó que “cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” De tal suerte que “la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.”[230]

72. En fallo T-342 de 2013 se analizó la situación de una persona de 56 años de edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica, imposibilitado para realizar sus funciones de manera regular. El peticionario había adquirido distintos créditos de consumo respaldados mediante pólizas de seguro, las cuales fueron denegadas por la aseguradora, al argumentar que la enfermedad causante de la invalidez fue adquirida con anterioridad a la vigencia del contrato. En concreto, la Corte revisó el incumplimiento del deber de desplegar las conductas pertinentes para fijar las condiciones del contrato, tales como diligenciar una declaración de asegurabilidad adecuada.

En esa oportunidad, la Corte expuso que según las “pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado párrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía”[231].

Con base en ello, esta Corporación concedió el amparo reclamado y, en consecuencia, ordenó a la aseguradora realizar el trámite necesario para pagar al tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los saldos insolutos de las obligaciones crediticias adquiridas por el accionante.

73. Mediante decisión T-222 de 2014 se analizaron tres casos en los cuales las aseguradoras se negaron a pagar el valor del seguro de deudores por cuanto, al parecer, los tomadores habían incurrido en reticencia al informar todos sus padecimientos preexistentes. En esa ocasión, este Tribunal protegió los derechos fundamentales de los demandantes, por cuanto no encontró probado el elemento subjetivo de la reticencia.

En sustento de lo anterior, la Corte indicó que: “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad. Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe.

74. Por sentencia T-830 de 2014 se estudiaron los casos de dos ciudadanas a quienes las aseguradoras se negaron a pagar el valor del seguro, al argumentar que habían sido reticentes y no habían manifestado que tenían enfermedades al momento de tomar el seguro.

En este caso, la Corte sostuvo las aseguradoras deben cumplir con determinadas cargas para eximirse de la responsabilidad de no cumplir con sus obligaciones. Principalmente, para alegar preexistencias como causal de reticencia, la aseguradora tendrá que (i) probar que la enfermedad fue adquirida antes de la celebración del contrato, pero además, para ello, debió (ii) haber hecho un examen de ingreso que dé cuenta del estado de salud del asegurado. Igualmente, (iii) en caso de haber cumplido con esas cargas, deberá probar que entre la preexistencia y la conducta del tomador existió mala fe. No basta alegar

preexistencia sin que se exija demostrar mala fe.

Pues bien, a partir de esas reglas esbozadas por la jurisprudencia de esta Corporación, la Sala concederá los derechos fundamentales de la señora Dávila. En efecto, no se encuentran en el expediente pruebas de que se le haya practicado un examen de ingreso por parte de la empresa demandada a fin de determinar su estado de salud. Así, se realizó el contrato sin saber con certeza las enfermedades preexistentes de la señora Dávila. Tan solo aquellas que aparecían en la historia clínica. En consecuencia, era desproporcionado pedirle a la accionante que conociera absolutamente, con detalle, su estado de salud, y no exigirle un mínimo de diligencia a la aseguradora en el sentido de practicar un examen de entrada a la hora de firmar el contrato.

En todo caso, así se hubiera realizado, la entidad demandada se limitó a decir que existía una preexistencia y por tanto reticencia, sin siquiera señalar las razones por las cuales consideraba que existía mala fe del demandante. En consecuencia, lo que hizo la demandada fue recibir el pago de una prima mensual para, de mala fe, limitarse a decir que existió preexistencia y obligar a la accionante, en su estado de discapacidad, acudir a vías ordinarias. En ese orden de ideas, no se encuentra en el expediente ninguna prueba que acredite la mala fe de la señora Dávila. En otros términos, ni se practicó un examen de ingreso, ni se probó que la enfermedad fue adquirida antes de celebrado el contrato, ni mucho menos que hubo mala fe en el actuar de la petente.

75. En pronunciamiento T-007 de 2015 se abordó el asunto de una docente cuya pérdida de capacidad laboral era superior al 90% como resultado de una disfonía crónica. La aseguradora se negó al pago al alegar que la incapacidad no era total.

En este caso, la Corte recordó los deberes relativos a la elaboración de las cláusulas contractuales y sostuvo que, si bien la calificación de la invalidez en el régimen general de seguridad social en pensiones exige unos requisitos específicos, entre ellos que la persona sea calificada con más del 50% de pérdida de la capacidad laboral para que sea declarada inválida permanente y pueda acceder a la pensión por ese concepto, no puede perderse de vista que en materia de seguros de vida, en especial en cuanto atañe a las cláusulas generales de amparo por incapacidad total y permanente, al no establecerse un parámetro claro de calificación en caso de invalidez del asegurado, como mínimo deberá garantizarse

el estándar que se exige en aquel régimen, es decir, que el asegurado sea calificado por lo menos con el 50% de pérdida de la capacidad laboral para que se estructure el riesgo asegurado. No obstante, cada caso deberá analizarse en concreto por el juez constitucional cotejando el texto del clausulado contractual con los principios y valores que enseña la Constitución Política como norma superior, además de estudiar las especiales condiciones que demuestre el asegurado y la garantía plena a sus derechos fundamentales.

76. Mediante providencia T-393 de 2015 se examinó la situación de una docente que había adquirido un crédito de libranza amparado con un seguro de vida de grupo deudores. La accionante había sido calificada con una pérdida de capacidad laboral del 95.3%, con ocasión de una disfonía. Efectuado el correspondiente reclamo, la compañía aseguradora se negó a pagar la indemnización, al estimar que la demandante padecía de varias enfermedades con anterioridad a la suscripción del contrato, de las cuales no había informado a esa entidad.

Aquí nuevamente la Corte reiteró las dos reglas aplicables en caso de reticencia: (i) el deber de la aseguradora de practicar el examen médico de ingreso, y (ii) la obligación de probar la mala fe del tomador en el supuesto ocultamiento de la información. Tras examinarlas, constató que las mismas no fueron observadas por la aseguradora, de tal manera que concedió el amparo solicitado y, por ende, ordenó a la accionada pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida por la peticionaria con un Banco.

77. Por tutela T-282 de 2016 se conoció el caso de una señora que tomó un seguro de vida de grupo deudores con la aseguradora BBVA Seguros de Vida S.A., requisito indispensable para adquirir cada uno de los créditos de vivienda y mejoras con el Banco BBVA. Pese a que la accionante había sido calificada con una pérdida de capacidad laboral del 78,85%, la aseguradora denegó el pago de la póliza, al alegar que la demandante había incurrido en reticencia.

En esta ocasión la Corte recordó las reglas relativas a la demostración de la mala fe por parte del tomador (o asegurado) y sostuvo que la aseguradora “omitió el deber de probar el nexo de causalidad entre la ocurrencia del siniestro (relacionado con un accidente cerebrovascular y un cuadro de depresión) y las condiciones médicas preexistentes de la señora Cristela Sierra Chavarro, a saber, la hernia discal y la cirugía de columna lumbar.

Esta obligación, como se indicó previamente, es una garantía esencial del derecho fundamental al debido proceso de los tomadores de seguros de vida, razón por la cual la objeción al pago de la indemnización no resulta procedente.”

78. En fallo T-609 de 2016 se analizó el asunto de una señora que solicitó a Seguros Bolívar el pago de la Póliza, ya que debido a la insuficiencia renal crónica que padecía fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 57.25%. La aseguradora denegó lo solicitado bajo el argumento de que la actora incurrió en reticencia, pues no declaró su verdadero estado de salud, lo cual genera la nulidad relativa del contrato.

En esa ocasión, este Tribunal concluyó que la demandada no demostró la reticencia, tras reiterar que: (i) para que se configure dicho fenómeno, es necesario que la aseguradora pruebe que el tomador del seguro actuó de mala fe; y (ii) la aseguradora no puede alegar la nulidad del contrato, si no solicitó exámenes médicos al asegurado, o si habiéndolo hecho no especificó dentro del contrato las enfermedades que no cubriría. En esa medida, la Corte concedió el amparo implorado y, por ende, ordenó a la aseguradora pagar a la demandante el monto de la póliza de seguro a la que tenía derecho, con ocasión al acaecimiento del riesgo.

79. Mediante decisión T-670 de 2016 se examinaron las situaciones de dos personas, de las cuales, una había adquirido un crédito de libranza que fue amparado con la suscripción de un seguro de vida deudores con Colmena Seguros S.A.. Esa persona fue calificada con pérdida de capacidad laboral del 100%, en tanto presentaba como diagnóstico: “leucemia linfoblástica con secuela infiltración meníngea con alteración patrón de marcha” y “psicosis orgánicas, síndrome prefrontal orbito frontal/medial secundario a enfermedad cerebral”. El accionante solicitó hacer efectiva la póliza, pero la aseguradora se negó al alegar reticencia, dado que él había actuado de mala fe, pues no declaró que padecía de leucemia desde los 10 años de edad.

Si bien se consolidó carencia actual de objeto por daño consumado, ante la muerte del peticionario, lo cierto es que la Corte consideró adecuado acceder a la pretensión que en vida reclamó el actor, esto es, que se saldara la deuda del crédito. Para arribar a esa decisión, esta Corporación encontró que la reticencia o inexactitud del contrato por falta de información era inoponible, al evidenciar que la aseguradora: (i) no realizó examen médico

previo al accionante; (ii) ni solicitó que allegara valoraciones médicas recientes con miras a establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el contrato; (iii) tampoco verificó previamente la información en su historia clínica, pese a tener autorización expresa del tomador; y (iv) con todo, aceptó el seguro y habilitó la cobertura del riesgo asegurado.

80. Por sentencia T-676 de 2016 se ventiló el caso de un ciudadano que adquirió un crédito por libranza en el Banco Corbanca y como exigencia para el otorgamiento de éste, suscribió un contrato de seguro grupo deudor que cubría el riesgo de invalidez y muerte. Tras haber sido calificado con una pérdida de capacidad laboral del 71,96%, el actor solicitó a la aseguradora el pago del siniestro, pero ello fue denegado al supuestamente presentarse reticencia.

En el marco del análisis este Tribunal expuso que “de la información recaudada, y en particular de la que fue aportada por la entidad bancaria, es posible concluir que al actor al momento de adquirir el crédito y el seguro que lo amparaba, no se le preguntó si sufría un padecimiento de salud. Por tanto, debía entenderse que con el aseguramiento automático se asumió por la entidad aseguradora cualquier riesgo derivado de esta decisión, con mayor razón si no existe prueba de exclusión alguna.

De modo que al no habersele preguntado al actor si sufría de una enfermedad previa -para que fuera excluida de la póliza del seguro grupo deudor- no existió ninguna inexactitud en la información suministrada por el accionante y mucho menos la existencia de mala fe por parte de quien, en su oportunidad, no pudo declarar un riesgo. Hipotéticamente hablando, si se le hubiere reclamado el pago del siniestro a la aseguradora, no es posible que ella indicara que existía una reticencia en el caso estudiado, cuando la situación de salud de Enrique Pérez Astudillo no hizo parte de los términos del contrato de adhesión. Se opone al principio de buena fe limitar los riesgos que se amparan en un contrato de seguro, cuando no se han fijado previamente sus exclusiones.

La Corte debe advertir además, y esto resulta de gran importancia, que el seguro de vida grupo deudores tiene por objeto enfrentar el riesgo de que el deudor no pueda pagar la obligación como consecuencia de un hecho sobreviniente, asociado a su muerte o a su incapacidad. En esa medida, si al momento en que la aseguradora asume el riesgo, el

deudor cuenta con plena capacidad de pagar y por ello es que la entidad bancaria celebra el contrato de mutuo, resulta incomprensible afirmar que la imposibilidad de pago sobreviniente -ocurrida justamente al momento de que su invalidez es calificada- se encuentra excluida de la cobertura porque su fecha de estructuración sea un hecho anterior.”

Con base en lo anterior, la Corte tuteló los derechos fundamentales a la información, al debido proceso contractual y al mínimo vital del accionante y, en consecuencia, ordenó a Corbanca, entre otras cosas, asumir el 90% del saldo insoluto de la deuda.

81. En pronunciamiento T-251 de 2017 se estudiaron los casos de dos personas, de los cuales, uno refería a una ciudadana que había adquirido dos pólizas de seguro con Equidad Seguros, para amparar en caso de muerte, invalidez y anticipo por enfermedades graves. En noviembre de 2014, la actora fue diagnosticada con “demencia en la enfermedad de alzheimer”, por lo que reclamó a dicha entidad el pago de las pólizas. Empero, ello fue negado al argumentarse que en el momento del desembolso de los créditos la señora ya presentaba esa enfermedad. El otro caso hace referencia a la pareja de una persona que celebró un contrato de mutuo con el Banco BBVA por \$80.000.000 y lo amparó con una póliza Vida Grupo. Tiempo después le es diagnosticada a la persona un tumor maligno en el estómago y muere. La pareja no puede costear los pagos del crédito y, ante la mora, Seguros BBVA decide terminar el contrato de seguro, ya que la prima hacía parte del pago mensual del crédito.

En esa oportunidad, esta Corporación igualmente concedió la protección reclamada, por lo que ordenó a la aseguradora adelantar los trámites administrativos respectivos para que se hicieran efectivas las pólizas de seguro que amparaban los créditos adquiridos por la demandante.

La Corte consideró que el actuar de la aseguradora desconocía los derechos fundamentales de la accionante, dado que: (i) debió ser diligente a la hora de verificar el estado de su salud, más si tenía la autorización de la misma para verificar su historia clínica; (ii) asimismo, debió practicarle un examen médico para conocer su verdadero estado de salud; y (iii) cuando menos, debió haber indagado de forma precisa si tenía alguna enfermedad con el fin de adjudicar ese tipo de pólizas.

Enfatizó que “la aseguradora es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones o imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, en la medida en que el tomador de la póliza se adhiere inexorablemente a los términos y condiciones allí establecidas, por lo que mal podrían trasladársele esas irregularidades. Al no referirse a la obligación relacionada con la imposibilidad de tomar el contrato ante el diagnóstico de la enfermedad de alzheimer, tal imprecisión no puede ser asumida por quien no puso las condiciones sino que simplemente las cumplió, y bajo esa lógica la parte dominante de la relación contractual no puede aducir su propia incuria para sustentar la no afectación de la póliza.”

82. En suma, y vistos los pronunciamientos precedentes, la Sala Novena de Revisión reitera y puntualiza las siguientes reglas jurisprudenciales que han sido establecidas en relación con la aplicación de los postulados del principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro:

82.1. La aseguradora tiene la obligación de redactar de manera precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad, por cuanto, en el ejercicio de su posición dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado se resignan a quedar sometidos al clausulado contractual establecido e impuesto por la aseguradora.

82.2. La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

82.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

82.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar

a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

La protección del derecho fundamental al mínimo vital de las personas en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta. Reiteración de jurisprudencia[232]

83. La jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido el deber constitucional en cabeza de las entidades financieras y bursátiles frente a las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, de ser solidarios y considerar la condición que afronta el tomador de la póliza, pues su desatención puede generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar la ocurrencia de un perjuicio irremediable[233].

84. La jurisprudencia constitucional ha precisado el alcance de la protección especial otorgada a las personas en estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, al exigir la igualdad de derechos y oportunidades de éstas respecto de los demás, sin que exista algún trato discriminatorio por condiciones sociales, económicas, físicas o mentales[234]. Se ha indicado que esos sujetos de especial protección constitucional de igual forma tienen derecho a que se tomen todas las medidas y acciones encaminadas a garantizar el pleno y efectivo ejercicio de sus derechos fundamentales, así como a recibir un trato especial por parte del Estado, junto con la adopción de las sanciones a que hay lugar frente a los abusos o maltratos que contra ellas se cometan[235].

85. En cuanto al derecho fundamental al mínimo vital, se ha señalado que presenta dos dimensiones: (i) una dimensión positiva, que refiere a la obligación del Estado y excepcionalmente de los particulares, de brindar las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir dignamente, a las personas que se sitúan en un estado de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, con el fin de evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano- y, (ii) una dimensión negativa, que prevé un límite mínimo de las condiciones dignas y humanas que merece toda persona, en los términos de la Ley y la Constitución[236].

De tal suerte que cuando una persona en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta

ve amenazado o afectado su derecho fundamental al mínimo vital y a su vez le es imposible protegerlo dadas las condiciones sociales, económicas, físicas o mentales que afronte, la acción de tutela se convierte en el mecanismo judicial definitivo y adecuado para la protección de dicho derecho, pese a existir otros medios de defensa[237].

86. Se ha dicho que el derecho al mínimo vital tiene una estrecha relación con otros derechos constitucionales como la dignidad humana y la vida en condiciones dignas, toda vez que “constituye la porción de los ingresos del trabajador o pensionado que están destinados a la financiación de sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional.”[238]

87. Al respecto, en sentencia T-316 de 2015, este Tribunal señaló “que el concepto de mínimo vital no se reduce a una perspectiva cuantitativa, sino que, por el contrario, es cualitativo, ya que su contenido depende de las condiciones particulares de cada persona. Así, este derecho no es necesariamente equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente y depende del entorno personal y familiar de cada quien. De esta forma, cada persona tiene un mínimo vital diferente, que depende en últimas de la condición socioeconómica que ha alcanzado a lo largo de su vida”[239]

88. Es claro que la jurisprudencia constitucional protege el derecho fundamental al mínimo vital de las personas que se encuentren en situación de vulnerabilidad y debilidad manifiesta, por lo que resulta imperioso que, frente a las solicitudes de amparo que formulen aquellos peticionarios que se hallen en tales circunstancias, el juez de tutela, si fuere el caso, debe adoptar las medidas necesarias y conducentes para alcanzar la garantía efectiva de dicha prerrogativa en cada asunto particular, con la observancia de las condiciones sociales, económicas, físicas o mentales en las que se sitúen los solicitantes de la protección.

89. Con fundamento en los anteriores parámetros jurisprudenciales, procede la Sala Novena de Revisión a determinar lo siguiente:

(i) En cuanto al expediente T-6.563.653, si el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot

vulneró el derecho fundamental al debido proceso del accionante por presuntamente haber incurrido en defecto fáctico, toda vez que al adoptar decisión de segunda instancia en el marco del proceso verbal promovido por el peticionario contra el Banco de Occidente y Seguros de Vida Alfa S.A., supuestamente valoró equívocamente el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por Colsubsidio, al haber indicado que la fecha de estructuración de la invalidez era el 25 de enero de 2010 (diagnóstico de Parkinson) y no el 17 de diciembre de 2013 como se estableció en el mencionado dictamen.

(ii) Y en relación con los expedientes T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.593.057, T-6.594.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194, si las aseguradoras accionadas desconocieron los derechos fundamentales de los demandantes, por negarse a hacer efectivas las correspondientes pólizas de seguro de vida deudores que adquirieron los accionantes, bajo el argumento de incurrir en preexistencia y/o reticencia en el marco de los respectivos contratos de seguro.

Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina

90. El 13 de noviembre de 2012, el peticionario adquirió crédito por libranza número 54650000065020003804 con el Banco de Occidente S.A., por valor de \$25.000.000, y suscribió contrato de seguro con Seguros de Vida Alfa S.A., que ampararía la incapacidad total y permanente sufrida como consecuencia de lesión o enfermedad que impidiera total y permanentemente desempeñar su ocupación habitual al tener una pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%.

Colsubsidio, mediante dictamen del 17 de diciembre de 2013, identificó que el señor Yesid Montes Ospina fue diagnosticado con la enfermedad de Parkinson el 25 de enero 2010. En el mismo dictamen, Colsubsidio calificó al actor con una pérdida de capacidad laboral del 68%, pero determinó que el origen de la misma era común y que la etiología probable era idiopática. Asimismo, Colsubsidio certificó que la fecha de estructuración de la incapacidad fue el 17 de diciembre de 2013.

El demandante solicitó a Alfa la efectividad de la póliza de seguro. La aseguradora objetó la reclamación pues, según ella, para el 13 de noviembre de 2013 (inicio de la vigencia del contrato de seguro) el accionante “ya se encontraba incapacitado al habersele estructurado una Pérdida de la Capacidad Laboral del 68% a partir del 25 de enero de 2010”, data en la

cual se diagnosticó la enfermedad de Párkinson al tutelante.

En vista de ello, el peticionario promovió proceso verbal contra la aseguradora y el Banco. En sentencia del 6 de abril de 2017, el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Girardot no accedió a las pretensiones de la demanda, al declarar probada la excepción de ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, esto es, el riesgo asegurable. Expuso que “la enfermedad de Párkinson no es un riesgo asegurable por la póliza de riesgo adquirida el 13 de noviembre de 2012, en razón de que la estructuración de pérdida de capacidad laboral se generó el 25 de enero de 2010 mientras el crédito por libranza fue otorgado el 13 de noviembre de 2012”.

Apelada la decisión por el actor, el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot, mediante fallo del 22 de septiembre de 2017, la confirmó, al indicar que “el riesgo no era incierto para el momento en que se celebró el contrato, desquiciándose de esta manera el requisito de asegurabilidad que exige la ley, pues recuérdese que tratándose de seguros de vida como el que concita el estudio de este proceso, no es admisible el aseguramiento de hechos presentes o ciertos como acontece con la enfermedad de párkinson que cursa el actor, que fue diagnosticada y conocida por él con antelación a la materialización del contrato de mutuo mercantil y el seguro de vida Grupo Deudores que se pretende afectar.”

Inconforme, el demandante formuló acción de tutela contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot, por considerar vulnerado su derecho fundamental al debido proceso, al alegar que el accionado había incurrido en defecto fáctico, pues no tuvo en cuenta la fecha de estructuración de la invalidez establecida en el dictamen expedido por Colsubsidio el 17 de diciembre de 2013, sino la fecha en que se le diagnosticó Párkinson, esto es, el 25 de enero de 2010.

91. Examinada la decisión judicial censurada, que obra en medio magnético entre los folios 2 y 3 del cuaderno número 2 del expediente, a la luz de las reglas reiteradas en la presente decisión (Supra 45 a 49 del capítulo de consideraciones), la Sala Novena de Revisión encuentra que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot vulneró el derecho fundamental al debido proceso del demandante, pues incurrió en defecto fáctico, pues incurrió en dos conductas. Por una parte, no tuvo en cuenta la regla fijada por la Corte Constitucional, según la cual la reticencia (mala fe) debe ser probada por la aseguradora y,

por otra parte valoró equívocamente el dictamen de pérdida de capacidad laboral proferido por Colsubsidio el 17 de diciembre de 2013, en relación con la fecha de estructuración de invalidez del actor.

91.1. El Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot confirmó la excepción declarada por el juez de primera instancia, basado en el siguiente razonamiento: “Si hacemos un miramiento al caudal probatorio, es claro que la fecha de estructuración de la invalidez del señor Yesid Montes Ospitia (Sic) data del 25 de enero de 2010, tal como se concluyó con el dictamen de medicina laboral realizado por la dependencia de Colsubsidio y que obra en el proceso a folios 27 a 30”. En otras palabras, no tuvo en cuenta que el dictamen de Colsubsidio reporta dos fechas distintas (el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, del 25.01.2010, y la calificación de incapacidad por origen común con etiología idiopática, estructurada el 17 de diciembre de 2013), sino que consideró que la incapacidad data del 2010 (consideración 85).

91.2. Para esta Sala no es de recibo lo señalado por el Juzgado censurado. En el caso no se está ante un mero problema de valoración probatoria (excluido del defecto fáctico), sino ante una valoración probatoria irrazonable. El juzgador tomó el dictamen médico y le asignó una fecha única, a pesar de que el mismo es claro al indicar fechas diferenciadas, por una parte, y una única enfermedad, por otra parte. Esto implica que el juzgador hizo una revisión parcial de la prueba y, de ella, extrajo una conclusión que incluso es contraria con el texto mismo de la prueba. Dicha conclusión es, que la incapacidad laboral se da por la enfermedad de Parkinson, cuando el mismo dictamen establece que la etiología probable es idiopática[240], es decir, causa desconocida.

91.3. Asimismo, el juzgador acogió el argumento alegado por la aseguradora Alfa, y concluyó que el accionante “ya se encontraba incapacitado al habersele estructurado una pérdida de la capacidad laboral del 68% a partir del 25 de enero de 2010”. En otras palabras, el juzgador omite que el mismo dictamen informa que la fecha de estructuración (17 de diciembre de 2013) y la fecha de diagnóstico de la enfermedad de Parkinson (25 de enero 2010) son distintas. Igualmente, el juzgador no tuvo en cuenta la historia clínica del accionante, en la cual se indica el diagnóstico progresivo de las enfermedades. En especial, no tuvo en cuenta que la enfermedad de Parkinson fue diagnosticada el 25 de enero de 2010[241], en control del 21 de octubre de 2013[242], se indicó que el paciente tiene

enfermedad de Parkinson con adecuado control de los síntomas motores.

91.4. Lo anterior no significa un estudio concreto de la existencia de reticencia en el contrato que dio origen al presente caso. Significa, en realidad, que el juez debió hacer una lectura razonable de las pruebas. Esta lectura le hubiese permitido afirmar, que el argumento de la estructuración en el 2010 no es válido y que la aseguradora debió comprobar la configuración de la excepción de ausencia de riesgo asegurable por otros medios. En especial, la aseguradora debió comprobar que el tutelante conocía de la enfermedad y la omitió intencionalmente al momento de celebrar el contrato, es decir, que existía mala fe por su parte –como lo ha establecido la jurisprudencia de esta Corporación[243]–. En ese sentido, la aseguradora debió comprobar, por una parte, que obró diligentemente en la comprobación de la declaración de asegurabilidad, es decir, que realizó los exámenes médicos que verificaban el estado de salud del tutelante[244] o que solicitó la historia clínica con autorización de éste al momento de celebrar el contrato de seguro; por otra parte, la aseguradora debió comprobar que el accionante efectivamente obró de mala fe al momento de celebrar el contrato y, por ejemplo, se opuso a dejar a disposición de la aseguradora la historia clínica o se negó a practicarse los exámenes médicos correspondientes. Esto no implica, empero, un desconocimiento del deber de actuar de buena fe por parte de los tomadores, sino la reiteración de las reglas de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que sostienen que el asegurador, al ser un sujeto con una posición favorable en la relación contractual, tiene unos deberes concretos[245].

91.4. En ese orden, no se comparte la conclusión a la que arribó el Juzgado cuestionado de considerar ausente el riesgo asegurable como elemento esencial del contrato de seguro, toda vez que, según lo anteriormente expuesto y conforme a lo consignado en la póliza de seguro (obstante en folios 41 a 49 del correspondiente cuaderno de revisión) y en el aludido dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala observa que:

(i) El contrato de seguro fue suscrito por las partes el 13 de noviembre de 2012, por lo que a partir de dicha fecha surtiría efectos para las mismas.

(ii) Entre las coberturas amparadas se encuentra la incapacidad total y permanente sufrida como consecuencia de lesión o enfermedad que impida total y permanentemente desempeñar la ocupación habitual, al tener una pérdida de capacidad laboral igual o mayor

al 50%.

(iii) El demandante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 68%, con fecha de estructuración del 17 de diciembre de 2013, de tal suerte que acaeció el riesgo asegurable amparado con la póliza, esto es, la referida incapacidad total y permanente del accionante, y con posterioridad a la entrada en vigencia del clausulado contractual.

(iv) Por consiguiente, no era óbice para la aseguradora oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el actor realizó el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

92. Lo hasta aquí constatado es suficiente para que se disponga la revocatoria de las decisiones de instancias adoptadas dentro del trámite de tutela y, en su lugar, se conceda el amparo del derecho fundamental al debido proceso del peticionario. En consecuencia, se dejará sin efectos la sentencia proferida el 22 de septiembre de 2017 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot, y se ordenará al referido Juzgado adoptar una nueva decisión en la cual deberá tener en cuenta lo evidenciado en precedencia, así como los parámetros jurisprudenciales constitucionales reiterados y precisados en el presente pronunciamiento (Supra 77.1. a 77.4. del capítulo de consideraciones).

Expediente T-6.565.840, caso de Fabiola Morales Vidal

93. La actora, de 72 años de edad, afirmó que durante su desempeño laboral fue asociada de Corbanca, desde el 15 de noviembre de 2002 hasta el 31 de julio de 2016. Manifestó que en su condición de asociada adquirió con Corbanca los siguientes créditos: (i) de vivienda, el 9 de febrero de 2007 por \$30.000.000; (ii) de consumo, el 19 de julio de 2013 por \$4.000.000; (iii) de navidad, el 20 de febrero de 2015 por \$7.000.000; y (iv) rotativo, el 24 de julio de 2015 por \$4.600.000, por lo que Corbanca suscribió póliza de seguro de Vida Grupo Asociados con Mapfre Colombia S.A., a fin de garantizar el pago de esas obligaciones, en el evento de ocurrir las contingencias fallecimiento o incapacidad total y permanente de la peticionaria y demás asociados de dicha Corporación.

En constancia[246] del 19 de octubre de 2007, Mapfre certificó que la demandante “se encuentra asegurado (Sic) en nuestra compañía desde el 01 de septiembre de 2007, en la póliza de Vida Grupo Asociados No. 3402100059701”, por los siguientes amparos y valores

asegurados:

Amparo

Valor asegurado

Fallecimiento por cualquier causa

\$60.000.000

Incapacidad total y permanente

\$60.000.000

Fallecimiento accidental y beneficios por desmembración

\$60.000.000

Enfermedades graves

\$30.000.000

Con ocasión del trastorno depresivo recurrente, diabetes, patologías cardiovasculares y demás afecciones que padecía la accionante, en dictamen del 19 de octubre de 2015 fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 56,07%, con fecha de estructuración del 26 de junio de 2015. En marzo de 2016 la actora solicitó a Mapfre asumir el pago de las deudas aseguradas con la póliza, pero ésta lo denegó el 29 del mismo mes y año, al estimar que el trastorno depresivo recurrente se encontraba incurso en una causal de exclusión expresamente estipulada en la cláusula 2.1.1. del contrato de seguro, en los siguientes términos:

“2.1.1. Exclusiones para incapacidad total y permanente. El presente amparo no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes casos:

(...)

· Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente. (...)”

Ante esa negativa, la accionante solicitó a Corbanca celebrar un acuerdo de pago[247] (06 de octubre de 2016), en el cual se unificaran las obligaciones y se hiciera un cruce de cuentas con los abonos que ella ha hecho a esta entidad por concepto de ahorros. Corbanca aceptó la solicitud (02 de noviembre de 2016)[248], unificó las obligaciones crediticias de la accionante e hizo un cruce de cuentas. El saldo remanente -19`057.095- sería pagado por la accionante a partir del 31 de diciembre 2016, con cuotas mensuales de 500.000 con una tasa de interés del 14% N.A.M.V.

El impago de la Aseguradora ha puesto a la peticionaria en una situación de desventaja, toda vez que las obligaciones están incorporadas en títulos ejecutivos que pueden ser exigidos en cualquier momento. Esto se concretó en el requerimiento de pago 3817 (19 de julio de 2017)[249] emitido por Corbanca, en el cual se informa que, debido al impago de las cuotas, su caso se encontraba en cobro jurídico.

94. Vistos los elementos de convicción obrantes en el expediente, esta Sala considera que Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. vulneró los derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad de Fabiola Morales Vidal, dado lo que a continuación se pone de presente.

94.1. De conformidad con lo previsto en la póliza de seguro de Vida Grupo Asociados Número 3402100059701 -posteriormente 3402412900510 y 34024159001[250]- (que amparaba el total de obligaciones crediticias), así como en el certificado expedido por Mapfre Colombia[251], la Sala constata que: (i) Corbanca y Mapfre las suscribieron el 01 de septiembre de 2007, con el propósito de garantizar las obligaciones crediticias adquiridas por la accionante con Corbanca, es decir, dicha Corporación fungió como tomador, Mapfre como asegurador y la peticionaria como asegurado; (ii) a partir de esa fecha inició a regir el contrato de seguro para las partes; (iii) entre los amparos establecidos se encuentra la incapacidad total y permanente de la asegurada, la cual debía ocurrir dentro de la vigencia de la póliza y ser igual o superior al 50%; y (iv) el valor asegurado para el referido riesgo sería de \$60.000.000.

94.2. En dictamen expedido por la Junta de Calificación de Invalidez de Risaralda el 19 de octubre de 2015[252], se observa que: (i) la actora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 56,07%, esto es, superior al 50% exigido, y; (ii) ese dictamen fue proferido el 19 de octubre 2015 y la fecha de estructuración de la invalidez fue el 26 de

junio 2015, es decir, el riesgo asegurado (incapacidad total y permanente) acaeció durante la vigencia del contrato de seguro (después del 01 de septiembre de 2007), de tal manera que están reunidos los presupuestos necesarios para la afectación de la póliza en los términos pactados por Corbanca y Mapfre.

94.3. A pesar de estructurarse la incapacidad laboral superior al 50% después de celebrado el contrato, Mapfre decidió objetar la solicitud del pago de la póliza. En un primer comunicado (24 de marzo de 2016)[253], la aseguradora informó que había armonizado el dictamen con la historia clínica y había determinado que el trastorno depresivo recurrente se había estructurado antes de la celebración del contrato y, por tanto, se configuraba la exclusión de incapacidad total y permanente estipulada en la cláusula 2.1.1 ítem 4 del contrato de seguro, según la cual “el presente contrato no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes eventos: enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente”[254]. La accionante presentó solicitud de reconsideración y manifestó que no operaba la causal de exclusión, pues en la historia clínica en ningún momento reporta que el trastorno depresivo recurrente se haya configurado antes de la fecha de celebración del contrato[255]. Mapfre reconoce que, efectivamente, no hay una enfermedad preexistente; sin embargo confirma su negativa. Para ello, la aseguradora sostiene que, “independientemente de que la enfermedad trastorno depresivo recurrente no sea una enfermedad preexistente, se encuentra dentro de las enfermedades consideradas como exclusiones de la póliza suscrita”[256], pues “[la cláusula 2.1.1 ítem 4] estipula que no habrá lugar a la indemnización en caso de enfermedad mental, dado a que el origen de la incapacidad total y permanente del asegurado corresponde a una enfermedad mental, [que] se configura como exclusión contractualmente establecida[257]:

Además de las exclusiones contempladas en el Código de Comercio, el presente amparo no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes eventos:

(...) Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente a la fecha de vigencia de esta póliza”[258].

94.4. Las respuestas de Mapfre no son de recibo para esta Corporación. En el presente caso no se está ante una reticencia -la cual es descartada por la misma aseguradora[259]-, sino ante una interpretación caprichosa o arbitraria por parte de la aseguradora, que va en

contravía con el principio de buena fe contractual y las reglas jurisprudenciales fijadas por la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia. Según Maphre, la cláusula 2.1.1 ítem 4 consagra dos causales de exclusión de la indemnización por incapacidad total y permanente:

Cláusula 2.1.1 ítem 4 El presente amparo no cubre la incapacidad total y permanente en los siguientes eventos: Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente.

Causal 1

Causal 2

El amparo no cubre la incapacidad total y permanente por enfermedad mental, sin importar su fecha de estructuración[260].

El amparo no cubre la incapacidad total y permanente por enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente[261].

Esta interpretación, sin embargo, es un ejercicio hecho por la Aseguradora para obtener provecho de una aparente ambigüedad en la cláusula. Ese ejercicio, a su vez, está prohibido por las siguientes razones. Como se mencionó en consideraciones anteriores, en el contrato de seguro la exigencia de buena fe es máxima, es decir, tanto en el asegurador como en el tomador debe campear la pulcritud moral e intelectual[262]. Esta pulcritud implica, en el caso concreto, que la aseguradora tiene la carga de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales, en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de tal manera que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella[263]. En caso de omitir el deber de claridad en la redacción de las cláusulas del contrato de seguro, la aseguradora estará en la obligación de interpretar las cláusulas ambiguas a favor del usuario, en virtud del principio pro consumatore[264].

94.5. En ese sentido, Mapfre debió ser cuidadoso en la redacción de la cláusula 2.1.1 del contrato de seguro y establecer dos causales diferenciadas de exclusión, a saber: a) una causal que excluya la indemnización por cualquier enfermedad mental ocurrida en cualquier momento y; b) una causal que excluya la indemnización por enfermedades mentales, corporales o cualquier tipo de dolencia estructurada con anterioridad a la vigencia del contrato. Como dicho deber no fue cumplido por la aseguradora, ésta debió aplicar la interpretación más favorable para el usuario al momento de recibir la solicitud de indemnización. Por tanto debió comprender que el elemento determinante de la cláusula 2.1.1 ítem 4 no es las enfermedades independientemente consideradas, sino el carácter de preexistencia, es decir, que la cláusula establece que no procederá, si se comprueba que la enfermedad mental, corporal o la dolencia se configuró antes de la celebración del contrato. En otras palabras, si la aseguradora hubiese respetado el principio de buena fe, hubiese reconocido la indemnización solicitada por la actora, pues el trastorno mental recurrente –así como la calificación de pérdida de capacidad laboral del 56.07%– se configuró con posterioridad a la celebración del contrato de seguro. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que, en el dictamen se identificaron otras deficiencias –insuficiencia renal crónica clase II, diabetes Milletus II, enfermedad cardiovascular hipertensiva y enfermedad periférica de miembros inferiores–, que le permitían a la tutelante acudir a la reclamación. Estas enfermedades, sin embargo, no fueron objeto de estudio por parte de la aseguradora, la cual centró su atención únicamente en el trastorno depresivo como causal de exclusión.

95. Con base en lo anterior, la Sala concederá el amparo solicitado y, por ende, ordenará a Mapfre hacer efectiva la póliza de seguro de Vida Grupo Asociados Número 3402100059701 en favor de Corbanca.

Expediente T-6.579.174, caso de Sindy Cristina Cuéllar Ardila

96. La accionante, de 37 años de edad, convivió en unión marital de hecho con el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar entre el 26 de diciembre 2012 y el 18 de mayo 2016. Éste adquirió dos créditos con el banco Davivienda. El primero[265], por valor de \$56.000.000, lo adquirió el 14 de diciembre de 2012 y lo aseguró mediante póliza VP-100[266]; mientras que el segundo[267] (crédito de normalización), identificado con número 5916166200206796 y por un valor de \$36.900.898, lo adquirió el 31.07.2015. Esta última

obligación se garantizó con un pagaré[268] y una hipoteca sobre su vivienda. En esa misma fecha el mencionado Banco suscribió con Seguros Bolívar S.A. póliza de seguro de vida grupo deudores número DE-45155[269], con la cual se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente del deudor.

El señor Jiménez Salazar falleció[270] a los 43 años el 18 de mayo de 2016, a causa de un shock séptico[271]. Davivienda decidió afectar las pólizas reclamó ante la aseguradora el equivalente igual a los saldos de las deudas. Seguros Bolívar pagó el 18 de marzo 2016 el saldo pendiente del crédito cubierto por la póliza VP-1000, pero el 05 de abril de 2016 negó el pago del saldo pendiente de la deuda amparada por la póliza DE-45155[272], al estimar que el tomador había incurrido en reticencia[273]. Según el informe emitido el 04 de abril 2016 por la gerencia médica de Seguros Bolívar[274], el tomador fue diagnosticado con Diabetes Mellitus (octubre de 2009), Hipertensión arterial (junio de 2011) y Trombocitopenia idiopática (julio de 2011) antes de la celebración del contrato[275].

La demandante relató que, como consecuencia de lo anterior, Davivienda le advirtió que al no pagar la deuda ni realizar acuerdos de pago, efectuaría el cobro ejecutivo hipotecario. Señaló que ella y su hijo menor de edad (4 años) se quedarían sin vivienda, debido a que no poseen otros bienes, no tiene trabajo y tampoco cuenta con otras fuentes de ingresos. Agregó que es madre cabeza de familia, está a cargo de su hijo a quien le debe suplir su subsistencia mínima que incluye los gastos derivados de alimentación, educación, vestido y recreación, y debe asumir los costos necesarios del hogar como servicios públicos domiciliarios, erogaciones que le impiden sufragar el pago total o parcial de la deuda.

97. Estudiada la situación fáctica en el marco de las pruebas obrantes en el expediente y especialmente a la luz de los parámetros jurisprudenciales reiterados en la presente decisión (Supra 77.1. a 77.4. del capítulo de consideraciones), la Sala considera que le asiste razón a la accionante, por los argumentos que a continuación se exponen:

97.1. En atención a la póliza de seguro de vida grupo deudores número DE-45155, se tiene que: (i) la misma fue suscrita entre el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S.A. el 31 de julio de 2015; (ii) se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente que llegare a sufrir el asegurado (el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar); y (iii) como valor asegurado se fijó el equivalente al saldo insoluto del crédito crediexpress número

5916166200206796, adquirido por el mencionado señor con dicho Banco.

97.2. Según copia del registro civil de defunción número 08504541, se observa que el señor Jiménez Salazar falleció el 18 de enero de 2016, es decir, uno de los siniestros amparados (muerte) acaeció durante la vigencia del contrato de seguro (5 meses y 18 días después de haberse suscrito), lo cual daba lugar para que la aseguradora afectara la póliza.

97.3. Seguros Bolívar decidió negar la indemnización reclamada por la muerte del tomador simplemente basado en la existencia de reticencia. Sin embargo, la aseguradora no cumplió con los requisitos establecidos por la jurisprudencia de esta Corporación, pues en la carta que niega la solicitud no informó: a) si la aseguradora conocía de la historia clínica al momento de la celebración del contrato o al momento de la ocurrencia del siniestro; b) si la aseguradora solicitó autorización al tomador a acceder a la historia clínica para contrastarla con la declaración de asegurabilidad y verificar la información suministrada por el tomador; c) si existen argumentos –y pruebas– que permitan determinar que el asegurado actuó de mala fe y no informó sobre su enfermedad a fin de obtener una ventaja, bien en el pago de la prima o bien en la obtención de la indemnización.

97.4. La Sala considera que, si la aseguradora no demostró que hubo un cruce de información con la historia clínica, ella tenía el deber de realizar los exámenes médicos pertinentes, de acuerdo con las reglas derivadas del principio de buena fe aplicables a los contratos de seguro. Pero la Sala encuentra también, que la declaración de asegurabilidad no le permite hacer declaraciones sobre la preexistencia de enfermedades. La declaración de asegurabilidad de Seguros Bolívar (en este caso) es un formato que solo tiene espacios para agregar la información del tomador, la información del valor asegurado y la firma y huella del tomador, así como la firma del asesor[276]. Esta declaración no tiene cuestionario alguno, que pida al tomador dar información relevante sobre su salud (si ha tenido enfermedades relevantes, si fuma, si bebe o si tiene algún antecedente que condicione la formación del contrato). En otras palabras, la declaración de asegurabilidad de Seguros Bolívar (en el presente caso) presume el estado de salud del tomador y omite la debida diligencia al momento de celebrar el contrato.

97.5. En vista de que la aseguradora incumplió con las cargas señaladas, ésta no podía eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el Banco

Davivienda en calidad de tomador y beneficiario efectúo el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado (muerte del señor Carlos Arturo Jiménez Salazar).

98. Con fundamento en lo expuesto, la Sala revocará la sentencia proferida en única instancia, para en su lugar, proteger los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vivienda de la accionante y, en consecuencia, ordenará a la aseguradora hacer efectiva la póliza con el pago del saldo insoluto de la deuda que en su momento adquirió el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar.

Expediente T-6.593.057, caso de Juan Carlos Villa Álvarez

99. El 15 de octubre de 2014, el actor, de 52 años de edad, adquirió crédito hipotecario con el Banco Agrario por valor de \$37.700.000, con cuotas mensuales de \$434.000. El banco le exigió suscribir con Positiva Compañía de Seguros S.A. póliza de seguro de vida deudores número 80-18-3000005, a efectos de respaldar la deuda en caso de muerte o incapacidad total y permanente. El 27 de diciembre de 2016, el tutelante fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 54,24%, de origen común y con fecha de estructuración del 27 de diciembre de 2013, al padecer cáncer medular de tiroides.

El 30 de enero de 2017, el demandante solicitó a Positiva hacer efectiva la póliza, a fin de que se cancelara el saldo adeudado, sin embargo, el 20 de junio de 2017, la aseguradora negó lo pedido, al señalar que la fecha de estructuración es anterior al desembolso del crédito. El actor afirmó que, debido a su estado de salud, decidió terminar su contrato de trabajo el 30 de junio de 2017. Explicó que los turnos que realizaba como conductor no se ajustaban a las indicaciones dadas por su médico tratante. Agregó que a la fecha se encuentra desempleado y no disfruta de pensión alguna, lo cual afecta su mínimo vital y el de su familia, al ser padre cabeza de hogar.

100. Sea lo primero señalar que, conforme a la póliza de seguro de vida deudores número 80-18-3000005 (folio 31 del cuaderno inicial), la Sala destaca que: (i) allí funge como tomador el Banco Agrario, el asegurado es el demandante y el asegurador es Positiva Compañía de Seguros S.A.; (ii) fue suscrita el 18 de marzo de 2014, pero empezó a regir el 15 de octubre de 2015, fecha en la que se realizó el desembolso; (iii) los amparos establecidos fueron los de muerte e incapacidad total o permanente del deudor, es decir, del señor Juan Carlos Villa Álvarez; (iv) se fijó el saldo insoluto de la deuda como valor

asegurado; y (v) el actor, en su calidad de asegurado, autorizó expresamente a la aseguradora “para solicitar, conocer y verificar ante cualquier médico o institución prestadora de servicios de salud, la información que ella considere necesaria para la contratación del presente seguro o para la atención de cualquier reclamación que afecte uno o varios de los amparos del seguro, incluyendo la historia clínica, o lo contenido en cualquier otro documento, aun después de mi(nuestro) fallecimiento.”

101. Según dictamen 167078 del 27 de diciembre de 2016 (folios 14 a 24 del cuaderno inicial), la Sala encuentra lo siguiente: (i) la fecha de evaluación es la misma del dictamen; (ii) el peticionario fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 54,24%, de origen común; y (iii) se determinó el 27 de diciembre de 2013 como fecha de estructuración de la invalidez, al padecer cáncer medular de tiroides.

102. Ahora bien, ante la ocurrencia de dicha invalidez, Positiva Compañía de Seguros S.A. denegó la afectación de la póliza al indicar que se había presentado reticencia por parte del tutelante, ya que su pérdida de capacidad laboral se estructuró con antelación al contrato de seguro, argumento que no comparte la presente Sala de Revisión, en tanto la aseguradora inobservó la carga que le ha sido impuesta con ocasión de la jurisprudencia desarrollada por este Tribunal en la materia.

102.1. Si bien en el referido dictamen se estimó el 27 de diciembre de 2013 como fecha de estructuración de la invalidez, lo particular y relevante de este asunto es que la valoración del peticionario se efectuó el 27 de diciembre de 2016, es decir, que solo y solo a partir de esa fecha es que tanto el actor y la aseguradora realmente tuvieron conocimiento del acaecimiento del siniestro amparado y no antes, situación que a la postre fue posterior a la suscripción de la póliza y, por consiguiente, se consolidó en el marco de la vigencia de la misma, lo cual en últimas fue lo que motivó y habilitó al accionante a elevar el reclamo ante la aseguradora.

102.2. Aunque Positiva Compañía de Seguros S.A. tenía el deber de establecer el verdadero estado de salud del demandante, y de esta manera haber incrementado la prima de la póliza o, en su defecto, abstenerse de suscribir el convenio, lo cierto es que dicha aseguradora no realizó los exámenes médicos necesarios con antelación a la celebración del contrato de seguro.

102.3. La aseguradora tampoco hizo un cruce de historia clínica, a pesar de que el peticionario había autorizado expresamente a la aseguradora para solicitar, conocer y verificar ante cualquier médico o institución prestadora de servicios de salud, la información que esa entidad considerara necesaria para la contratación del seguro objeto de controversia. La aseguradora de igual manera optó por no hacerlo y procedió directamente a celebrar el contrato sin reparo alguno, con la liquidación e imposición del valor de la prima y el cobro anticipado de la misma.

102.4. La aseguradora igualmente tenía el deber de probar la mala fe del accionante, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Villa Álvarez había actuado con la intención de ocultar que padecía cáncer medular de tiroides en el diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad y de esta forma obtener ventaja de ello. No obstante, la Sala encuentra que la aseguradora también incumplió esa obligación, por cuanto se resignó a alegar que el asegurado había incurrido en reticencia.

102.5. Dado que la aseguradora claramente pretermitió las anteriores cargas, para ella no era dable eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de vida deudores número 80-18-3000005 cuando el demandante realizó el correspondiente reclamo después de haber tenido conocimiento del acaecimiento del riesgo asegurado (pérdida de la capacidad laboral del 54,24%).

102.6. Las razones expuestas en precedencia conducen a que la Sala disponga el amparo de los derechos fundamentales invocados por el tutelante y, en consecuencia, ordene la efectividad de la respectiva póliza.

Expediente T-6.594.184, caso de Jorge Luis Navarro Villamizar

103. El demandante trabajó como Patrullero de la Policía Nacional desde el año 2006 hasta el año 2016. El 10 de octubre de 2014 adquirió un crédito por libranza con el Banco Caja Social S.A. por valor de \$30.800.000, garantizado con contrato de seguro suscrito con la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A., cuyo amparo operaría frente a la muerte o incapacidad total y permanente, eventos en los cuales, la aseguradora pagaría el saldo insoluto de la obligación del peticionario.

Dadas las afecciones de parkinsonismo, hipoacusia bilateral, hipotiroidismo, hipertensión

arterial, rinitis alérgica, asma bronquial y urticaria, en dictamen del 19 de noviembre de 2015 el actor fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 87,33%. En Resolución 03359 del 3 de junio de 2016, la Policía Nacional lo retiró del servicio por incapacidad absoluta y permanente. En dictamen 8671 del 5 de septiembre de 2016, se determinó que las enfermedades del actor eran de origen común y que la pérdida de capacidad laboral había aumentado al 88,47%.

El accionante solicitó a Colmena y al Banco hacer efectiva la póliza de seguro, lo cual fue denegado el 21 de abril de 2017 por Colmena, al indicar que (i) el tutelante no probó tener una pérdida de capacidad laboral total y permanente superior al 50%, (ii) que la invalidez se hubiese estructurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, e (iii) incurrió en reticencia al no declarar el estado real del riesgo, es decir, las verdaderas condiciones de salud al momento de adquirir el seguro.

En Resolución 01294 del 12 de octubre de 2016, la Policía Nacional reconoció pensión de invalidez al demandante, por valor de \$1.529.756. El actor manifestó que de su mesada pensional le descuentan valores por concepto de obligaciones adquiridas con la Cooperativa Multiactiva de Retirados y Pensionados, Rayco S.A.S. y el Banco Caja Social, por lo que tan solo recibe \$780.157 para su manutención y la de su familia.

104. Verificados con detenimiento los hechos sobre los cuales gira en torno la discusión del asunto en comentario, así como las pruebas que reposan en el expediente, la Sala de Revisión no comparte las razones por las cuales la Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. denegó la afectación de la póliza reclamada por el señor Jorge Luis Navarro Villamizar, con fundamento en lo que a continuación se pone de presente.

104.1. De conformidad con lo consignado en el Acta número 10108 expedida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 19 de noviembre de 2015, y contrario a lo sostenido por la mencionada aseguradora, se constata que el señor Navarro Villamizar (para ese entonces Patrullero de la Policía Nacional) fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 87,33%, esto es, superior al 50% requerido.

104.2. Además, debe tenerse en cuenta que la aseguradora desplazó la carga de la buena fe hacia el asegurado de manera injustificada y desconoció los deberes que la jurisprudencia constitucional ha establecido en materia de contratos de seguros y de

reticencia.

104.3 La objeción formulada por la aseguradora el 22 de mayo de 2016 se fundamenta en la existencia de una reticencia, pues, de acuerdo a la aseguradora, el asegurado no informó que sufría de trastorno mixto de ansiedad y depresión (diagnóstico[277] del 03 de abril de 2011) y de un temblor esencial (diagnóstico[278] del 24 de octubre de 2011). Esta información le hubiese permitido a la aseguradora optar por la celebración del contrato con unas condiciones más onerosas o negarse a celebrar el contrato de seguro[279].

Sin embargo, si se revisa la declaración de asegurabilidad[280], Jorge Luis Navarro Villamizar autorizó a Colmena Seguros a “[verificar] y [pedir] ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución hospitalaria, la información y/o copia certificada de [la] historia clínica o carta dental”[281]. La expresión en cualquier momento significa que la aseguradora, una vez firmada la declaración de asegurabilidad, tenía la facultad de solicitar ante la respectiva institución médica la historia clínica y verificar la información dada por el asegurado al momento de tomar el seguro y, como la aseguradora lo manifestó, tomar una decisión sobre la modificación contractual. Esta facultad reviste, a su vez, un carácter de deber pues, como lo expuso la Sala de Revisión anteriormente, el principio de buena fe ubérrima implica la obligación por parte de la aseguradora, de desplegar todas las acciones tendientes a diseñar el contrato de seguro adecuadamente, al ser ella la parte dominante de la relación contractual asimétrica y ser quien determina las cláusulas esenciales del contrato de seguro.

104.4 En ese sentido no es válida la afirmación hecha por la aseguradora, según la cual ella no pudo realizar “una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía (...)”[282], ya que contaba con el acceso a la historia clínica. Tampoco es de recibo la afirmación hecha por la aseguradora, a saber, que “no está obligad[a] a requerir la historia clínica de quien aspira ingresar al seguro, ni mucho menos efectuar exámenes de ingreso a todos y cada uno de dichos aspirantes”[283], puesto que ello implica desconocer el carácter dominante de la aseguradora, así como las obligaciones que de esa posición derivan, de acuerdo a la línea jurisprudencial vista anteriormente.

104.5 Pero también debe anotarse, que la aseguradora no cumplió con el deber de comprobar la mala fe del asegurado, es decir, no verificó que éste actuó de mala fe y no

informó sobre su enfermedad a fin de obtener una ventaja, bien en el pago de la prima o bien en la obtención de la indemnización.

104.6. En síntesis, la Sala observa que fue la aseguradora la que realmente incumplió la carga de demostrar que el asegurado había incurrido en ello, por cuanto:

(i) No realizó los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro con el propósito de determinar la real y objetiva situación de salud del demandante, y de esta forma haber optado ya sea por hacer más oneroso el seguro o abstenerse de celebrarlo.

(ii) Tampoco adelantó el trámite pertinente para solicitar, a quien correspondiera, copia de la historia clínica del actor, pese a que en la póliza el peticionario claramente lo había autorizado expresamente en los siguientes términos: “(...), autorizo expresamente a Colmena vida y riesgos laborales a que, aun después de mi fallecimiento, verifique y pida ante cualquier médico, odontólogo o cualquier institución Hospitalaria, la información y/o copia certificada de mi historia clínica o carga dental.”

(iii) Únicamente se limitó a indicarle al asegurado que diligenciara el formato de declaración de asegurabilidad, lo cual es insuficiente en relación con el objeto que se persigue con la práctica de los exámenes médicos.

(iv) Tampoco probó la mala fe del solicitante, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Navarro Villamizar había actuado con la intención de ocultar la existencia de los padecimientos al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad y de esta manera sacar provecho de ello.

(v) Por consiguiente, no era óbice para la aseguradora oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza cuando el peticionario efectuó el correspondiente reclamo después de conocer su estado de invalidez.

105. Lo demostrado habilita a la Sala para revocar la sentencia proferida en segunda instancia y, en su lugar, confirmar la decisión adoptada en primera instancia, que concedió el amparo implorado y ordenó a la aseguradora pagar el saldo insoluto de la deuda.

106. El demandante expuso que el 15 de septiembre de 2014 adquirió un crédito con el

Banco de Bogotá (no se indica monto), por lo que en esa misma fecha suscribió con Seguros de Vida Alfa S.A. póliza de vida grupo protección integral familiar particular número 105674381540, para amparar los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente. Indicó que, debido a los padecimientos “trastorno depresivo mayor, trastornos especificados de los discos intervertebrales y síndrome del manguito rotador”, en dictamen 6456 del 30 de enero de 2017, fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 51,67%, de origen enfermedad común y con fecha de estructuración del 21 de agosto de 2013[284].

El peticionario solicita el amparo de sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad y, en consecuencia, (i) se ordene a Seguros de Vida Alfa S.A. hacer efectiva la correspondiente póliza, y (ii) se ordene a Bancolombia o Suramericana devolver la totalidad del dinero que él pagó en relación con la obligación N° 5240089989, amparada con la póliza número 83-1005086 de Suramericana, pues considera que la aseguradora pagó un valor mayor a los saldos adeudados y, por tanto, el accionante debió responder por cargas ya cumplidas.

Bancolombia sostuvo que el reintegro del dinero pretendido por el accionante era improcedente, pues la aseguradora procedió al pago de los saldos adeudados[285] (y no de la deuda total).

107. Estudiada la situación fáctica con sujeción a los elementos de convicción obrantes en el expediente, y especialmente en el marco de las reglas jurisprudenciales que se han aplicado a lo largo de esta sentencia, la Sala considera que existen dos fechas de estructuración distintas, de las cuales una es anterior a la celebración del contrato de seguro con la compañía Vida Alfa S. A.

107.1. Conforme a la respuesta que en su momento dio Seguros de Vida Alfa S.A. ante la reclamación del demandante (folio 38 del cuaderno inicial), se tiene por probado que la póliza de vida grupo protección integral familiar particular número 105674381540 comenzó a regir el 15 de septiembre de 2014, fecha a tener en cuenta para establecer la cobertura de los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente asegurados con esa póliza.

107.2. En dictámenes números 6456 y 6866, ambos emitidos por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar (folios 16 a 21 del cuaderno inicial y 375 a 379 del cuaderno de revisión principal), se lee que: (i) las fechas en las que se llevaron a cabo las

valoraciones son el 30 de enero de 2017 y 1 de agosto de 2017, respectivamente; (ii) el accionante fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 51,67% y 51,68%, respectivamente, esto es, ambas superiores al 50% requerido; y (iii) se determinó el 21 de agosto de 2013 y el 17 de diciembre de 2016, respectivamente, como fechas de estructuración de la invalidez.

107.3. Además, lo particular y relevante del presente asunto es que, si bien la primera valoración del peticionario se efectuó el 30 de enero de 2017, en él se informa que el paciente manifestó ser tratado “por trastorno del humor depresivo en Fundación Fuisán desde el año 2013, acude a controles e forma periódica y toma medicamentos que le impiden realizar sus actividades”[286]. En otras palabras, el accionante conocía de su estado de salud y de los tratamientos. Esto implica, entonces, que debe hacerse un examen sobre la vigencia real de las fechas de estructuración –a fin resolver la discrepancia– y sobre la injerencia que puede tener la enfermedad y el tratamiento que recibía el accionante en la configuración de la reticencia, en especial, de las razones por las cuales se guardó silencio sobre el tratamiento.

Estos análisis, sin embargo, son del resorte de la jurisdicción ordinaria y no de la constitucional, pues no se está ante una actuación arbitraria de la compañía aseguradora, sino ante un conflicto de interpretación tanto de las normas que rigen al contrato de seguro como de las cláusulas contractuales. Por ello, la Sala estima que esta acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver este caso.

108. En cuanto a la pretensión según la cual se solicita ordenar a Bancolombia o Suramericana reintegrar la totalidad del dinero que el accionante pagó con ocasión del crédito N° 5240089989, adquirido con ese banco y respaldado con la póliza número 83-1005086, suscrita entre Carbones de la Jagua S.A. y esa aseguradora, la Sala considera que dicha pretensión no prospera. Por una parte, tanto Suramericana como Bancolombia informaron al accionante, que la solicitud del pago de la póliza se aprobó y, en consecuencia, la aseguradora procedió “a la cancelación de los saldos de dicha obligación”[287]. Por otro lado, no existe documento alguno, en el cual conste que la aseguradora no pagó los saldos pendientes, sino una cifra mayor, y, por tanto, que el Banco se haya lucrado injustificadamente tanto del accionante como de la aseguradora. Lo que existe, en principio, es una discrepancia derivada de la interpretación del clausulado del

contrato de seguro, en el cual se consagra que, por pérdida de capacidad laboral, se paga un valor “máximo [de] 275.000.000 por asegurado”[288]. Pareciese que el accionante interpreta que el pago hecho por la aseguradora equivale al total de la deuda; pero esta interpretación no encuentra soporte en documento alguno. Ahora bien, en caso de existir dicho pago, le correspondería a la jurisdicción ordinaria decidir si hubo un lucro injustificado y tomar las decisiones respectivas.

Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano

109. El 18 de abril de 2016, el demandante adquirió crédito hipotecario 0573036400276476 con el Banco Davivienda, por valor de \$54.600.000, y suscribió con la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. contrato de seguro de vida grupo deudores número VP-100, DE-45155, para amparar los riesgos de muerte e incapacidad total o permanente. Por Acta número 4083 del 15 de mayo de 2017, la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional lo calificó NO APTO para el servicio con una pérdida de capacidad laboral del 100%, en atención a la “Sicosis: episodios psicóticos recurrentes”. Mediante Resolución número 03278 del 12 de julio de 2017, la Dirección General de la Policía Nacional lo retiró del servicio activo por incapacidad absoluta y permanente o gran invalidez.

En junio de 2017, el accionante solicitó a las entidades accionadas hacer efectiva la póliza de seguro, dada la ocurrencia del siniestro asegurado. El 14 de agosto de 2017, la aseguradora negó lo reclamado al indicar que es deber del asegurado “informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar inspección alguna que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir.”

En Resolución número 00073 del 06 de febrero de 2018, la Subdirección General de la Policía Nacional reconoció pensión de invalidez al peticionario, en la suma de \$1.950.000. El tutelante solicita el amparo de sus derechos y se ordene hacer efectiva la póliza, a fin de que se asuma el saldo insoluto del crédito hipotecario adquirido con Davivienda.

110. Examinadas los hechos y las pruebas que reposan en el expediente a la luz de los parámetros constitucionales reiterados en este pronunciamiento (Supra 77.1. a 77.4. del capítulo de consideraciones), la Sala considera que la Compañía de Seguros de Vida

Bolívar S.A. vulneró los derechos del accionante, por lo que a continuación se demuestra.

110.2. Conforme a la declaración de asegurabilidad (folio 47 del cuaderno inicial), se tiene que: (i) fue suscrita el 19 de marzo de 2016 por el actor; (ii) Davivienda es el tomador, el demandante es el asegurado y como asegurador funge la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A.; (iii) se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total o permanente que llegare a sufrir el asegurado (el señor Cabrera Lozano); (iv) como valor asegurado se estableció el equivalente al saldo del crédito hipotecario 0573036400276476, adquirido por el peticionario con Davivienda; y (v) el tutelante, en su calidad de asegurado, autorizó expresamente a la aseguradora “para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos”.

110.3. Según Acta número 4083 proferida el 15 de mayo de 2017 por la Junta Médica Laboral de la Policía Nacional (folios 16 a 18 del cuaderno inicial), se observa que el accionante fue declarado NO APTO para el servicio con una pérdida de capacidad laboral del 100%, es decir, uno de los siniestros amparados (incapacidad total o permanente) acaeció después de la aprobación del crédito (18 de abril de 2016) y durante la vigencia del contrato de seguro (aproximadamente 1 año y 1 mes con posterioridad a la suscripción del seguro), lo cual daba lugar para que la aseguradora afectara la póliza.

110.4. Empero, efectuado el correspondiente reclamo, la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. optó por negarse a pagar el saldo insoluto de la deuda al simplemente señalar una presunta reticencia, sin siquiera cumplir con la carga de demostrar que el asegurado había incurrido en ello, tal y como lo exige la jurisprudencia constitucional al respecto.

110.5. En efecto, la Sala encuentra que, pese a que la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. tenía el deber de realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro con el propósito de determinar la real y objetiva situación de salud del señor Cabrera Lozano, y de esta forma haber optado ya sea por hacer más oneroso el seguro o definitivamente abstenerse de celebrarlo, lo cierto es que esa aseguradora omitió dicha obligación y solo sugirió al mencionado señor diligenciar el formato de declaración de asegurabilidad, lo cual es insuficiente frente al objeto que se persigue con la práctica de los exámenes médicos.

110.6. Es más, pese a que en la declaración de asegurabilidad el demandante había autorizado expresamente a la aseguradora para acceder a su historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y obtener copia de ese documento y de sus anexos, la aseguradora de igual manera no lo hizo y procedió directamente a celebrar el contrato sin reparo alguno, con la liquidación e imposición del valor de la prima y el cobro anticipado de la misma.

110.7. Dado que incumplió con lo anterior, la aseguradora también tenía el deber de probar la mala fe del asegurado, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Cabrera Lozano había actuado con la intención de ocultar la existencia de los padecimientos al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad y de esta manera sacar provecho de ello. Sin embargo, la Sala estima que la aseguradora igualmente inobservó esa obligación, ya que, como se dijo, únicamente se limitó a alegar la supuesta reticencia.

110.8. En vista de que la aseguradora incumplió con las cargas señaladas, ésta no podía eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando se realizó la respectiva reclamación ante la ocurrencia del siniestro amparado (incapacidad total o permanente).

111. Con fundamento en lo expuesto, la Sala revocará las sentencias de instancias, para en su lugar, proteger el derecho fundamental al mínimo vital del peticionario y, por ende, ordenará a la aseguradora hacer efectiva la póliza de vida grupo deudores número VP-100, DE-45155 con el pago del saldo insoluto del crédito hipotecario 0573036400276476, adquirido por el demandante con el Banco Davivienda.

E. Síntesis de la decisión

112. El presente asunto consta de nueve casos acumulados, de los cuales, uno (T-6.563.653) refiere a acción de tutela formulada contra sentencia proferida en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot dentro de proceso verbal sumario promovido por el accionante contra Banco de Occidente S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A., con el objeto de que se ordenara el cumplimiento de una póliza de seguros de vida deudores, ante la ocurrencia del siniestro amparado.

Los demás asuntos (T-6.565.840, T-6.579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-6.594.184,

T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194) aluden a solicitudes de amparo instauradas contra varias entidades aseguradoras y/o financieras, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales al mínimo vital, a la igualdad y a la vivienda, ante la negativa de hacer efectivas las respectivas pólizas de seguros con el pago de los saldos insolutos de los correspondientes créditos adquiridos por los accionantes.

113. La Corte advierte la necesidad de examinar de manera preliminar lo siguiente: (i) procedencia de las acciones de tutela y (ii) carencia actual de objeto en relación con los expedientes T-6.580.365 y T-6.599.768.

114. Abordada y culminada la primera cuestión previa, la Corporación concluye que todas las acciones de tutela son procedentes –excepto el expediente 6.608.194–, por cuanto concurren los presupuestos de relevancia constitucional, legitimación en la causa por activa, legitimación en la causa por pasiva, inmediatez y subsidiariedad, precisándose las particularidades adicionales a que hubo lugar en la tutela promovida contra providencia judicial (T-6.563.653).

115. Desarrollado y finalizado el segundo aspecto preliminar, este Tribunal encuentra que efectivamente existe carencia actual de objeto por hecho superado en los expedientes T-6.580.365 y T-6.599.768, ya que las aseguradoras accionadas accedieron al pago de los respectivos saldos insolutos de las deudas adquiridas por los peticionarios.

En el expediente T-6.599.768 se advirtió que dicho fenómeno operó en relación con el amparo implorado frente a Seguros de Vida Suramericana S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A., descartándose su configuración respecto a la protección solicitada frente a Seguros de Vida Alfa S.A., ya que, a la fecha, y según los elementos de convicción obrantes en el expediente, se desconoce que haya cesado la presunta vulneración de derechos fundamentales alegada por el demandante contra esa entidad.

Se precisó que la carencia actual de objeto por hecho superado constatada en relación con Suramericana es parcial, pues no operó frente a la pretensión del actor que alude a ordenar ya sea a esa aseguradora o a Bancolombia reintegrar la totalidad del dinero que había cancelado con ocasión de la obligación crediticia adquirida con dicho banco.

116. Una vez se aborda y culmina el examen de fondo con los matices efectuados, la Corte

considera que el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot y las aseguradoras demandadas vulneraron los derechos fundamentales invocados por los peticionarios. Lo anterior se sustenta en las razones que a continuación se resumen frente a cada asunto:

117. Expediente T-6.563.653, caso de Yesid Montes Ospina. Para la Sala no es de recibo lo señalado por el Juzgado censurado, por cuanto, de conformidad con lo constado en el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por Colsubsidio el 17 de diciembre de 2013, la fecha de estructuración de invalidez del peticionario es realmente el 17 de diciembre de 2013 y no el 25 de enero de 2010, como erróneamente lo concibió el Despacho demandado.

La autoridad judicial acusada acogió con premura y ligereza el equívoco argumento alegado por la aseguradora Alfa para denegar la afectación de la póliza, según el cual el accionante “ya se encontraba incapacitado al habersele estructurado una Pérdida de la Capacidad Laboral del 68% a partir del 25 de enero de 2010”, pese a que de la simple lectura del mencionado dictamen, único elemento de convicción fidedigno al respecto, sin duda alguna se evidencia que en el mismo se estableció el 17 de diciembre de 2013 como fecha de estructuración de la invalidez del señor Montes Ospina y no fecha alguna diferente a esa.

En ese orden, no se comparte la conclusión a la que arribó el Juzgado cuestionado de considerar ausente el riesgo asegurable como elemento esencial del contrato de seguro, toda vez que, según lo anteriormente expuesto y conforme a lo consignado en la póliza de seguro y en el aludido dictamen de pérdida de capacidad laboral, la Sala observa que: (i) el contrato de seguro fue suscrito por las partes el 13 de noviembre de 2012, por lo que a partir de dicha fecha surtiría efectos para las mismas. (ii) Entre las coberturas amparadas se encuentra la incapacidad total y permanente sufrida como consecuencia de lesión o enfermedad que impida total y permanentemente desempeñar la ocupación habitual, al tener una pérdida de capacidad laboral igual o mayor al 50%. (iii) El demandante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 68%, con fecha de estructuración del 17 de diciembre de 2013, de tal suerte que acaeció el riesgo asegurable amparado con la póliza, esto es, la referida incapacidad total y permanente del accionante, y con posterioridad a la entrada en vigencia del clausulado contractual. (iv) Por consiguiente, no era óbice para la aseguradora oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el actor realizó el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

Según lo establecido en el dictamen expedido el 19 de octubre de 2015 por la Junta de Calificación de Invalidez de Risaralda, se observa que: (i) la actora fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 56,07%, esto es, superior al 50% exigido; y (ii) ese dictamen fue proferido el 19 de octubre de 2015 y la fecha de estructuración de la invalidez fue el 26 de junio de 2015, es decir, el riesgo asegurado acaeció durante la vigencia del contrato de seguro (después del 1º de septiembre de 2007), de tal manera que están reunidos los presupuestos necesarios para la afectación de la póliza en los términos pactados por Corbanca y Mapfre.

No obstante lo anterior, y elevada la correspondiente reclamación, Mapfre se negó a hacer efectiva la póliza al estimar que el trastorno depresivo recurrente que padece la accionante se encontraba incurso en una causal de exclusión de cobertura, afirmación que para la Sala no es de recibo, por cuanto en la cláusula 2.1.1. del contrato de seguro se echa de menos la estipulación expresa, clara y precisa en la cual se indique que la mencionada enfermedad constituye una exclusión de amparo frente a la incapacidad total y permanente.

No es dable para Mapfre que, so pretexto de una causal ambigua e imprecisa como la incorporada en el clausulado contractual: “Enfermedad mental, corporal o cualquier dolencia preexistente”, pretenda exonerarse o eximirse de afectar la póliza de seguro. Al respecto, se advierte que la Corte ha sido enfática al sostener que la aseguradora tiene la obligación de redactar de manera clara, precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad, toda vez que, en el ejercicio de su posición dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado quedan sometidos a lo establecido e impuesto por la aseguradora en la póliza.

119. Expediente T-6.579.174, caso de Sindy Cristina Cuéllar Ardila. En atención a la póliza de seguro de vida grupo deudores número DE-45155, se tiene que: (i) la misma fue suscrita entre el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S.A. el 31 de julio de 2015; (ii) se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente que llegare a sufrir el asegurado; y (iii) como valor asegurado se fijó el equivalente al saldo insoluto del crédito crediexpress número 5916166200206796, adquirido por el asegurado con dicho Banco.

Según copia del registro civil de defunción número 08504541, se observa que el señor Jiménez Salazar falleció el 18 de enero de 2016, es decir, uno de los siniestros amparados

(muerte) acaeció durante la vigencia del contrato de seguro (5 meses y 18 días después de haberse suscrito), lo cual daba lugar para que la aseguradora afectara la póliza.

Sin embargo, efectuado el reclamo por Davivienda en calidad de tomador, Seguros Bolívar S.A. optó por negarse a pagar el saldo insoluto de la deuda al simplemente limitarse a alegar reticencia, sin siquiera cumplir con la carga de demostrar que el asegurado había incurrido en ello, tal y como lo exige la jurisprudencia constitucional al respecto.

En efecto, la Sala encuentra que, pese a que Seguros Bolívar S.A. tenía el deber determinar la real y objetiva situación de salud del señor Jiménez Salazar, y de esta forma haber optado ya sea por hacer más oneroso el seguro o definitivamente abstenerse de celebrarlo. En consecuencia, la aseguradora debió o bien de realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o bien solicitar el acceso y la verificación de la historia clínica. Lo cierto es que esa aseguradora omitió dicha obligación y solo indicó al referido señor diligenciar el formato de declaración de asegurabilidad, lo cual es insuficiente frente al objeto que se persigue con la práctica de los exámenes médicos.

Dado que se incumplió con lo anterior, la aseguradora también tenía el deber de probar la mala fe del asegurado, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Jiménez Salazar había actuado con la intención de ocultar la existencia de los padecimientos al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad y de esta manera sacar provecho de ello. No obstante, la Sala observa que la aseguradora de igual forma inobservó esa obligación, ya que, como se dijo, únicamente se limitó a invocar la reticencia. En vista de que la aseguradora incumplió con las cargas señaladas, ésta no podía eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el Banco Davivienda en calidad de tomador y beneficiario efectuó el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

120. Expediente T-6.593.057, caso de Juan Carlos Villa Álvarez. Conforme a la póliza de seguro de vida deudores número 80-18-3000005, la Sala destaca que: (i) allí funge como tomador el Banco Agrario, el asegurado es el demandante y el asegurador es Positiva Compañía de Seguros S.A.; (ii) fue suscrita el 18 de marzo de 2014, pero empezó a regir el 15 de octubre de 2015, fecha en la que se realizó el desembolso; (iii) los amparos

establecidos fueron los de muerte e incapacidad total o permanente del deudor, es decir, del señor Villa Álvarez; (iv) se fijó el saldo insoluto de la deuda como valor asegurado; y (v) el actor, en su calidad de asegurado, autorizó expresamente a la aseguradora para solicitar, conocer y verificar su historia clínica.

Según dictamen 167078 del 27 de diciembre de 2016, se encuentra que: (i) la fecha de evaluación es la misma del dictamen; (ii) el peticionario fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 54,24%, de origen común; y (iii) se determinó el 27 de diciembre de 2013 como fecha de estructuración de la invalidez, al padecer cáncer medular de tiroides.

Ante la ocurrencia de dicha invalidez, Positiva Compañía de Seguros S.A. denegó la afectación de la póliza al indicar que se había presentado reticencia por parte del tutelante, ya que su pérdida de capacidad laboral se estructuró con antelación al contrato de seguro, argumento que no comparte la Sala, en tanto la aseguradora inobservó la carga que le ha sido impuesta con ocasión de la jurisprudencia desarrollada en la materia.

Si bien en el referido dictamen se estimó el 27 de diciembre de 2013 como fecha de estructuración de la invalidez, lo particular y relevante de este asunto es que la valoración del peticionario se efectuó el 27 de diciembre de 2016, es decir, que solo y solo a partir de esa fecha es que tanto el actor y la aseguradora realmente tuvieron conocimiento del acaecimiento del siniestro amparado y no antes, situación que a la postre fue posterior a la suscripción de la póliza y, por consiguiente, se consolidó en el marco de la vigencia de la misma, lo cual en últimas fue lo que motivó y habilitó al accionante a elevar el reclamo ante la aseguradora.

Aunque Positiva Compañía de Seguros S.A. tenía o bien el deber de realizar los exámenes médicos necesarios o bien solicitar la historia clínica con antelación a la celebración del contrato de seguro a fin de establecer el verdadero estado de salud del demandante, y de esta manera haber incrementado la prima de la póliza o, en su defecto, abstenerse de suscribir el convenio, lo cierto es que dicha aseguradora omitió esa obligación y únicamente exigió al actor diligenciar la declaratoria de asegurabilidad, lo que en la práctica es insuficiente a efectos de determinar la real situación de salud del asegurado.

Es más, pese a que en la póliza el peticionario había autorizado expresamente a la

aseguradora para solicitar, conocer y verificar ante cualquier médico o institución prestadora de servicios de salud, la información que esa entidad considerara necesaria para la contratación del seguro objeto de controversia, inclusive la consignada en su historia clínica, la aseguradora optó por no hacerlo y procedió directamente a celebrar el contrato sin reparo alguno, con la liquidación e imposición del valor de la prima y el cobro anticipado de la misma.

La aseguradora igualmente tenía el deber de probar la mala fe del accionante, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Villa Álvarez había actuado con la intención de ocultar que padecía cáncer medular de tiroides en el diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad y de esta forma obtener ventaja de ello. No obstante, la Sala encuentra que la aseguradora también incumplió esa obligación, por cuanto se resignó a alegar que el asegurado había incurrido en reticencia. Dado que la aseguradora claramente pretermitió las anteriores cargas, para ella no era dable eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza cuando el demandante realizó el correspondiente reclamo después de haber tenido conocimiento del acaecimiento del riesgo asegurado.

121. Expediente T-6.594.184, caso de Jorge Luis Navarro Villamizar. De conformidad con lo consignado en el Acta número 10108 expedida por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional el 19 de noviembre de 2015, y contrario a lo sostenido por la aseguradora, se constata que el señor Navarro Villamizar (para ese entonces Patrullero de la Policía Nacional) fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 87,33%, esto es, superior al 50% requerido.

Si bien en el mencionado dictamen no se determinó expresamente la fecha de estructuración de la invalidez, frente a lo cual se desconoce explicación alguna que dé cuenta de ello, lo cierto e inexcusable es que el demandante fue valorado por primera vez el 19 de noviembre de 2015 (fecha del Acta número 10108), es decir, que desde esa data fue cuando el tutelante y la aseguradora se enteraron de la ocurrencia del riesgo asegurado. Es claro entonces que tanto la valoración como el conocimiento del estado de invalidez del actor se presentaron dentro de la vigencia del contrato de seguro, circunstancias que llevaron consigo a que el accionante tuviera la plena convicción de que le asistía el derecho de exigir el cumplimiento de la póliza, mediante la solicitud respectiva.

En cuanto a la presunta reticencia, y con base en los parámetros precisados por la jurisprudencia constitucional en esa temática, la Sala observa que fue la aseguradora la que realmente incumplió la carga de demostrar que el asegurado había incurrido en ello, por cuanto: (i) no realizó los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro con el propósito de determinar la real y objetiva situación de salud del demandante, y de esta forma haber optado ya sea por hacer más oneroso el seguro o abstenerse de celebrarlo. (ii) Se limitó a indicarle al asegurado que diligenciara el formato de declaración de asegurabilidad, lo cual es insuficiente en relación con el objeto que se persigue con la práctica de los exámenes médicos. (iii) Ni siquiera adelantó el trámite pertinente para solicitar, a quien correspondiera, copia de la historia clínica del actor, pese a que en la póliza el peticionario lo había autorizado expresamente. (iv) Tampoco probó la mala fe del solicitante, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Navarro Villamizar había actuado con la intención de ocultar la existencia de los padecimientos al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad y de esta manera sacar provecho de ello. (v) Por consiguiente, no era óbice para la aseguradora oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza cuando el peticionario efectuó el correspondiente reclamo después de conocer su estado de invalidez.

122. Expediente T-6.599.768, caso de Víctor Alfonso Manrique Moreno. Conforme a la respuesta que en su momento dio Seguros de Vida Alfa S.A. ante la reclamación del demandante, se tiene por probado que la póliza de vida grupo protección integral familiar particular número 105674381540 comenzó a regir el 15 de septiembre de 2014, fecha a tener en cuenta para establecer la cobertura de los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente asegurados con esa póliza.

En dictámenes números 6456 y 6866, ambos emitidos por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Cesar, se lee que: (i) las fechas en las que se llevaron a cabo las valoraciones son el 30 de enero de 2017 y 1º de agosto de 2017, respectivamente; (ii) el accionante fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 51,67% y 51,68%, respectivamente, esto es, ambas superiores al 50% requerido; y (iii) se determinó el 21 de agosto de 2013 y el 17 de diciembre de 2016, respectivamente, como fechas de estructuración de la invalidez.

Si bien la primera valoración del peticionario se efectuó el 30 de enero de 2017, en él se

informa que el paciente manifestó ser tratado “por trastorno del humor depresivo en Fundación Fuisán desde el año 2013, acude a controles e forma periódica y toma medicamentos que le impiden realizar sus actividades”[289]. En otras palabras, el accionante conocía de su estado de salud y de los tratamientos. Esto implica, entonces, que debe hacerse un examen sobre la vigencia real de las fechas de estructuración –a fin resolver la discrepancia– y sobre la injerencia que puede tener la enfermedad y el tratamiento que recibía el accionante en la configuración de la reticencia, en especial, de las razones por las cuales se guardó silencio sobre el tratamiento.

Estos análisis, sin embargo, son del resorte de la jurisdicción ordinaria y no de la constitucional, pues no se está ante una actuación arbitraria de la compañía aseguradora, sino ante un conflicto de interpretación tanto de las normas que rigen al contrato de seguro como de las cláusulas contractuales.

123. Expediente T-6.605.576, caso de Jaime Cabrera Lozano. En atención a la comunicación dada el 18 de abril de 2016 por el Banco Davivienda al señor Cabrera Lozano, se corrobora que ese banco informa al referido señor de la aprobación de un crédito hipotecario por la suma de \$54.600.000, “bajo las siguientes condiciones financieras”: (i) fecha de aprobación: 18 de abril de 2016; (ii) destinación del crédito: adquisición de vivienda nueva; (iii) plazo de la obligación: 180 meses; (iv) el crédito debe estar garantizado con hipoteca en primer grado a favor de Davivienda; y (v) seguros: seguro de vida deudores con amparo de muerte y anexo de incapacidad total o permanente que cubre el saldo de la deuda en caso de fallecimiento o incapacidad total o permanente del deudor.

Conforme a la declaración de asegurabilidad se tiene que: (i) fue suscrita el 19 de marzo de 2016 por el actor; (ii) Davivienda es el tomador, el demandante es el asegurado y como asegurador funge la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A.; (iii) se ampararon los riesgos de muerte e incapacidad total o permanente que llegare a sufrir el asegurado; (iv) como valor asegurado se estableció el equivalente al saldo del crédito hipotecario 0573036400276476, adquirido por el peticionario con Davivienda; y (v) el tutelante, en su calidad de asegurado, autorizó expresamente a la aseguradora para tener acceso a su historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren.

Según Acta número 4083 proferida el 15 de mayo de 2017 por la Junta Médica Laboral de la

Policía Nacional, se observa que el accionante fue declarado NO APTO para el servicio con una pérdida de capacidad laboral del 100%, es decir, uno de los siniestros amparados acaeció después de la aprobación del crédito y durante la vigencia del contrato de seguro, lo cual daba lugar para que la aseguradora afectara la póliza.

Empero, efectuado el correspondiente reclamo, la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. optó por negarse a pagar el saldo insoluto de la deuda al simplemente señalar una presunta reticencia, sin siquiera cumplir con la carga de demostrar que el asegurado había incurrido en ello, tal y como lo exige la jurisprudencia constitucional al respecto.

En efecto, a pesar que la Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A. tenía el deber de realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro con el propósito de determinar la real y objetiva situación de salud del señor Cabrera Lozano, y de esta forma haber optado ya sea por hacer más oneroso el seguro o definitivamente abstenerse de celebrarlo, lo cierto es que esa aseguradora omitió dicha obligación y solo sugirió al mencionado señor diligenciar el formato de declaración de asegurabilidad, lo cual es insuficiente frente al objeto que se persigue con la práctica de los exámenes médicos.

Es más, pese a que en la declaración de asegurabilidad el demandante había autorizado expresamente a la aseguradora para acceder a su historia clínica, la aseguradora no lo hizo y procedió directamente a celebrar el contrato sin reparo alguno, con la liquidación e imposición del valor de la prima y el cobro anticipado de la misma.

Dado que incumplió con lo anterior, la aseguradora también tenía el deber de probar la mala fe del asegurado, esto es, demostrar con certeza y suficiencia que el señor Cabrera Lozano había actuado con la intención de ocultar la existencia de los padecimientos al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad y de esta manera sacar provecho de ello. Sin embargo, la Sala estima que la aseguradora igualmente inobservó esa obligación, ya que, como se dijo, únicamente se limitó a alegar la supuesta reticencia. En vista de que la aseguradora incumplió las cargas señaladas, ésta no podía eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando se realizó la reclamación.

124. Expediente T-6.608.194, caso de Jaime Albarracín Daza. En el presente caso no es

posible determinar ni la existencia de una actuación de mala fe por parte del accionante ni de una actuación arbitraria por parte de la aseguradora. Ello se debe a la ausencia de elementos esenciales para poder emitir un juicio, tales como el contrato de mutuo (crédito) y la declaración de asegurabilidad. Asimismo, debe aclararse que existen varias imprecisiones en el expediente (existencia de varios dictámenes, declaraciones confusas por parte del tutelante, entre otros), las cuales no implican un juicio sobre la posible vulneración de derechos fundamentales, sino la configuración de incumplimientos contractuales. Por ejemplo, no existe certeza sobre cuál de los dictámenes (los proferidos por la junta y el tribunal médico de las Fuerzas militares o el proferido por la junta regional de calificación del César) es el determinante para establecer la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral; tampoco existen pruebas que permitan establecer, si el accionante autorizó el acceso a la historia clínica y la verificación de su estado de salud -aspecto que lo diferencia de los demás casos-. Estas imprecisiones escapan de la competencia de esta Corporación, pues le son propias a la jurisdicción ordinaria. En consecuencia, se procederá a revocar los fallos de primera y segunda instancia, y, en su lugar, declarar la improcedencia por no cumplirse el requisito de subsidiariedad.

125. La Corte estima que lo constatado es suficiente para que se disponga la revocatoria de las decisiones de instancias adoptadas dentro de los trámites tutelares y, en su lugar, se conceda el amparo de los derechos fundamentales invocados por los accionantes.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

PRIMERO.- LEVANTAR la suspensión de términos decretada en el presente proceso de tutela acumulado.

SEGUNDO.- Expediente T-6.563.653. REVOCAR la sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia -Sala de Casación Civil-, el 15 de noviembre de 2017, así como la providencia dictada por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cundinamarca -Sala de Decisión Civil Familia-, el 17 de octubre de 2017, que denegaron el amparo solicitado dentro de la

tutela promovida por Yesid Montes Ospina contra el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot. En su lugar, TUTELAR el derecho fundamental al debido proceso de Yesid Montes Ospina. En consecuencia, DEJAR SIN EFECTOS la sentencia del veintidós (22) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), proferida en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot en el marco del proceso verbal promovido por el accionante contra Banco de Occidente S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A., cuyo radicado corresponde al número 2015-00428; y ORDENAR al Juzgado Segundo Civil del Circuito de Girardot que, en el término de treinta (30) días hábiles siguientes a la notificación de esta decisión, adopte una nueva sentencia en la que deberá tener en cuenta lo establecido en la parte motiva de este pronunciamiento.

TERCERO.- Expediente T-6.565.840. REVOCAR la sentencia adoptada por el Juzgado Once Laboral del Circuito de Cali, el 18 de octubre de 2017, al igual que el fallo proferido por el Juzgado Sexto Municipal de Pequeñas Causas Laborales de Cali, el 18 de agosto de 2017, que declararon improcedente la acción de tutela instaurada por Fabiola Morales Vidal contra Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. y Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero -Corbanca-. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad de Fabiola Morales Vidal. Por consiguiente, ORDENAR a Mapfre Colombia Vida Seguros S.A., o quien haga sus veces, que por intermedio de su representante legal, si aún no lo ha hecho, en el término de dos (2) días siguientes a la notificación de esta decisión, haga efectiva la respectiva póliza de seguro con el pago de los saldos insolutos de los correspondientes créditos adquiridos por la referida accionante con la Corporación Fondo de empleados del Sector Financiero -Corbanca-, según lo expuesto en este fallo.

CUARTO.- Expediente T-6.579.174. REVOCAR la sentencia proferida en única instancia por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de El Espinal, el 30 de agosto de 2017, que denegó por improcedente la acción de tutela formulada por Sindy Cristina Cuéllar Ardila contra Compañía de Seguros Bolívar S.A.. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vivienda de Sindy Cristina Cuéllar Ardila. En consecuencia, ORDENAR a Compañía de Seguros Bolívar S.A., o quien haga sus veces, que por intermedio de su representante legal, si aún no lo ha hecho, en el término de dos (2) días siguientes a la notificación de este pronunciamiento, haga efectiva la correspondiente póliza de seguro con el pago del saldo insoluto de la respectiva deuda adquirida por el señor Carlos Arturo Jiménez Salazar, quien falleció y era el compañero permanente de la

referida actora, de conformidad con lo previsto en la presente providencia.

QUINTO.- Expediente T-6.580.365. REVOCAR la sentencia adoptada por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Bogotá, el 15 de enero de 2018, que revocó la providencia proferida por el Juzgado 28 Civil Municipal de Bogotá, el 27 de noviembre de 2017, que concedió el amparo solicitado dentro de la acción de tutela promovida por Luis Ricardo Sánchez Sánchez contra Banco Bilbao Vizcaya Argentaria Colombia S.A. y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.. En su lugar, DECLARAR CARENCIA ACTUAL DE OBJETO por hecho superado, conforme a lo señalado en los fundamentos de esta decisión.

SEXTO.- Expediente T-6.593.057. REVOCAR la sentencia proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Antioquia -Sala de Decisión Penal-, el 04 de octubre de 2017, así como el fallo adoptado por el Juzgado Tercero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Rionegro, el 04 de agosto de 2017, que denegaron por improcedente la acción de tutela instaurada por Juan Carlos Villa Álvarez contra Positiva Compañía de Seguros S.A.. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad de Juan Carlos Villa Álvarez. Por consiguiente, ORDENAR a Positiva Compañía de Seguros S.A., o quien haga sus veces, que por intermedio de su representante legal, si aún no lo ha hecho, en el término de dos (2) días siguientes a la notificación de esta providencia, haga efectiva la respectiva póliza de seguro con el pago del saldo insoluto del correspondiente crédito adquirido por dicho peticionario, según lo establecido en la parte motiva de este pronunciamiento.

SÉPTIMO.- Expediente T-6.594.184. REVOCAR la sentencia adoptada por el Juzgado Cuarto Penal del Circuito de Santa Marta, el 29 de agosto de 2017, que revocó el fallo dictado por el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santa Marta, el 29 de junio de 2017, que concedió la protección implorada en el marco de la acción de tutela formulada por Jorge Luis Navarro Villamizar contra Compañía de Seguros de Vida Colmena S.A. y Banco Caja Social S.A.. En su lugar, CONFIRMAR íntegramente la decisión adoptada en sede de primera instancia por el Juzgado Sexto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santa Marta, el 29 de junio de 2017, conforme a lo expuesto en el presente fallo.

OCTAVO.- Expediente T-6.599.768. REVOCAR la sentencia proferida en única instancia por el

Juzgado Tercero Civil Municipal en Oralidad de Valledupar, el 16 de junio de 2017, que “neg[ó] por improcedente (sic)” la acción de tutela promovida por Víctor Alfonso Manrique Moreno contra Allianz Seguros de Vida S.A., Seguros de Vida Suramericana S.A., Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A.. En su lugar, DECLARAR LA CARENCIA ACTUAL DE OBJETO por hecho superado, en relación con el amparo reclamado frente a Allianz Seguros de Vida S.A. y Seguros de Vida Suramericana S.A., de conformidad con la parte motiva de esta decisión; y DECLARAR IMPROCEDENTE el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la igualdad de Víctor Alfonso Manrique Moreno contra Seguros de Vida Alfa S.A. y Bancolombia S.A.; asimismo DECLARAR IMPROCEDENTE la solicitud de reintegro de las sumas de dinero que el accionante haya pagado a Bancolombia desde el 30 de enero de 2017 hasta la fecha.

NOVENO.- Expediente T-6.605.576. REVOCAR la sentencia adoptada por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Oralidad de Medellín, el 24 de octubre de 2017, al igual que la providencia proferida por el Juzgado Once Civil Municipal de Oralidad de Medellín, el 15 de septiembre de 2017, que denegaron el amparo solicitado por Jaime Cabrera Lozano contra Banco Davivienda S.A. y Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A.. En su lugar, TUTELAR el derecho fundamental al mínimo vital de Jaime Cabrera Lozano. Por consiguiente, ORDENAR a Compañía de Seguros de Vida Bolívar S.A., o quien haga sus veces, que por intermedio de su representante legal, si aún no lo ha hecho, en el término de dos (2) días siguientes a la notificación de este fallo, haga efectiva la respectiva póliza de seguro con el pago del saldo insoluto del correspondiente crédito adquirido por el mencionado accionante, conforme a la fundamentación de la presente decisión.

DÉCIMO.- Expediente T-6.608.194. REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Quinto Penal del Circuito de Villavicencio, el 11 de octubre de 2017, así como la providencia proferida por el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Villavicencio, el 14 de agosto de 2017, que denegaron la protección reclamada dentro de la acción de tutela formulada por Jaime Albarracín Daza contra Banco Popular S.A. y Seguros de Vida Alfa S.A.. En su lugar, DECLARAR IMPROCEDENTE la acción de tutela.

DÉCIMO PRIMERO.- Por Secretaría General de la Corte Constitucional, LÍBRENSE las comunicaciones a que alude el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese, cúmplase y archívese.

ALBERTO ROJAS RÍOS

Magistrado

CARLOS BERNAL PULIDO

Magistrado

Con salvamento parcial de voto

DIANA FAJARDO RIVERA

Magistrada

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

SALVAMENTO PARCIAL DE VOTO DEL MAGISTRADO

CARLOS BERNAL PULIDO

A LA SENTENCIA T-027/19

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Debió declararse improcedencia por cuanto no se acredita vulneración de derechos fundamentales (Salvamento parcial de voto)

ACCION DE TUTELA Y REQUISITO DE SUBSIDIARIEDAD-No se logra superar el requisito de subsidiariedad puesto que los asuntos son de naturaleza económica y deben debatirse ante el juez ordinario (salvamento parcial de voto)

ACCION DE TUTELA Y PRINCIPIO DE INMEDIATEZ-No se comparte el análisis efectuado frente al requisito de inmediatez (Salvamento parcial de voto)

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Debió declararse improcedencia

por cuanto el caso es de naturaleza privada y de carácter económico (salvamento parcial de voto)

Expedientes T-6.563.653, T-6.565.840, T-6579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-659.184, T-6.599.768, T-6.605.576 y T-6.608.194, acumulados.

Magistrado ponente: ALBERTO ROJAS RÍOS

En atención a la decisión adoptada por la Sala Novena de Revisión de Tutela frente a los expedientes de la referencia, me permito presentar Salvamento Parcial de Voto. Si bien comparto la decisión respecto de los expedientes T-6.563.653 y T-6.599.768, me aparto de la fundamentación y las decisiones de los demás expedientes acumulados.

Comparto la decisión mayoritaria de proteger el derecho fundamental al debido proceso del señor Yesid Montes Ospina (Expediente T-6.563.653), porque se trata de un caso de tutela contra providencia judicial, en el que se acreditó la existencia de un defecto fáctico. Igualmente, estoy de acuerdo con la decisión de la Sala de declarar improcedente la solicitud de amparo del señor Víctor Alfonso Manrique (Expediente T-6.599.768), por cuanto su caso versa sobre una discusión de carácter contractual que debe ventilarse ante la jurisdicción ordinaria.

Sin embargo, en mi criterio, los casos que corresponden a los expedientes T-6.565.840, T-6579.174, T-6.580.365, T-6.593.057, T-659.184, T-6.605.576 y T-6.608.194, no superan los requisitos generales de procedibilidad.

i) No se acredita la vulneración de derechos fundamentales

En primer lugar, considero que no existe afectación a derecho fundamental alguno. Los casos objeto de análisis se circunscriben al presunto incumplimiento contractual de varias compañías aseguradoras que se niegan a pagar a los bancos, los saldos insolutos de deudas adquiridas por los accionantes o sus difuntos cónyuges. De hecho, en estos casos los bancos ni siquiera habían iniciado los procesos ejecutivos en contra de los tutelantes, de modo que la afectación de los derechos fundamentales que se amparan es apenas hipotética.

ii) No se cumple con el requisito de subsidiariedad

Por otro lado, aunque se aceptara que existen derechos susceptibles de ser amparados vía acción de tutela, no se supera el requisito de subsidiariedad, pues nos encontramos ante asuntos de naturaleza económica, que deben debatirse ante el juez ordinario. En la presente providencia, por ejemplo, se encontró superado este requisito de procedibilidad en razón a la edad de los accionantes, lo cual por sí solo no descarta la posibilidad de acudir a la vía ordinaria. Incluso se encontró satisfecho este requisito en eventos en los que difícilmente podría concluirse que el mínimo vital se encontraba comprometido y mucho menos podría aceptarse que se estaría ante un eventual perjuicio irremediable que ameritara la intervención de juez de tutela. Es el caso del expediente T-6594.184, en el que se probó que el actor tenía una pensión de \$1.529.756 y del expediente T-6.599.768 en el que el accionante reconoció que recibía ingresos mensuales por un valor de \$2.900.000.

iii) No se cumple con el requisito de inmediatez

Por otro lado, no comparto el análisis de inmediatez frente a las accionantes Fabiola Morales Vidal[290] y Sindy Cristina Cuellar Ardila[291]. En la sentencia se concluye que se satisface este requisito porque mientras se mantenga en el tiempo la negativa de hacer efectivas las pólizas de seguro, la presunta afectación de derechos continúa. Sin embargo, bajo esta lógica, se llegaría a la inaceptable conclusión de que en este tipo de casos jamás sería procedente evaluar la inmediatez de la acción de tutela.

iv) El litigio es de naturaleza privada y de carácter económico

Finalmente, vale la pena señalar que en los casos analizados, las pólizas no se suscribieron con el fin de proteger el patrimonio de los accionantes sino con el fin de garantizar los pagos de créditos adquiridos con diversas entidades bancarias, de manera que lo que termina por ampararse es el patrimonio de dichas entidades, las cuales, en virtud de las órdenes de tutela, recibirán el dinero de la póliza sin tener que adelantar los procesos ejecutivos correspondientes y sin que se hubiera declarado por parte del juez ordinario, que en efecto la compañía aseguradora incumplió el contrato.

Así las cosas, considero que eran los jueces civiles y eventualmente la Superintendencia Financiera los competentes para evaluar, teniendo en cuenta las evidencias de cada caso, si

existía alguna afectación a un derecho o si existió abuso de la posición dominante por parte de las aseguradoras, a fin de aplicar los correctivos pertinentes para garantizar los derechos de los usuarios del sistema financiero y asegurador.

Atentamente,

CARLOS BERNAL PULIDO

Magistrado

[1] Integrada por la Magistrada Cristina Pardo Schlesinger y el Magistrado Antonio José Lizarazo Ocampo.

[2] Visible a folios 3 a 19, 2 a 18, 2 a 18 y 3 a 19 de los cuadernos de Revisión respectivos.

[3] Folios 2 a 13, 2 a 13, 2 a 13, 2 a 13 y 2 a 13 de los cuadernos de Revisión correspondientes.

[4] Folio 50 vto. - 51 cuad. revisión.

[5] Folio 3 del cuaderno N° 2 respectivo.

[6] Folio 34 del cuaderno N° 1 respectivo.

[7] Folio 44 ibídem.

[8] Folio 53 ib..

[9] Folios 57 a 60 ib..

[10] Folio 61 del cuaderno N° 1 respectivo.

[11] Folios 3 a 9 del cuaderno N° 2 respectivo.

[12] Folio 11 del cuaderno inicial respectivo.

[13] Folio 18 ibídem.

[14] Folio 36 ib..

[15] Folio 23, ib..

[16] Folios 7 al 10, ib..

[17] Folio 11 ib..

[18] Folio 20 ib..

[19] Folios 18 y 19 ib..

[20] Folios 12 y 13 ib..

[21] Folios 14 y 15 ib..

[23] Folio 22 ib..

[24] Folio 21 ib..

[25] Folios 42 al 47 ib..

[26] Folios 77 al 93 ib..

[27] Folios 97 al 101 ib..

[28] Folios 110 al 115 ib..

[29] Folios 93 al 98 del cuaderno Nº 2 respectivo.

[30] Previo a ello, en auto del 4 de octubre de 2017, el referido despacho dispuso la práctica de pruebas, por lo que solicitó a las partes que ampliaran sus declaraciones.

[31] La unión marital de hecho entre la actora y el deudor fue declarada judicialmente mediante sentencia del 7 de septiembre de 2016, proferida por el Juzgado 2º Promiscuo de Familia del Circuito de El Espinal.

[32] El menor hijo común de la pareja nació el 22 de julio de 2014, según registro civil de

nacimiento aportado. Folio 27 cuad. ppal.

[33] Folio 26 del cuaderno N° 2 respectivo.

[34] Folio 28 ibídem.

[35] Folios 40 a 44 ib..

[36] Folio 38 ib..

[37] Folio 33 ib..

[38] Folio 37 ib..

[39] Folio 36 ib..

[40] Folio 58 ib..

[41] Folios 1 y 2 del cuaderno N° 1 respectivo.

[42] Folio 3 ibídem.

[43] Folio 4 ib..

[44] Folios 5 al 9 ib..

[45] Folio 15 ib..

[46] Folios 16 al 18 ib..

[47] Folios 19 y 20 ib..

[48] Folios 21 y 22 ib..

[49] Folio 29 ib..

[50] Folio 31 ib..

[51] Folio 59 ib..

[52] Folio 34 ib..

[53] Folio 36 ib..

[54] Folio ib..

[56] De acuerdo con los registros civiles de nacimiento aportados, los hijos del accionante nacieron el 18 de septiembre de 2001 y el 16 de marzo de 2004, de manera que actualmente tienen 17 y 14 años de edad.

[57] Folio 1 cuad. ppal.

[58] Folio 8 ibídem.

[59] Folio 31 ib..

[60] Folios 12 al 24 ib..

[61] Folios 38 ib..

[62] Folios 32 y 33 ib..

[63] Folios 9 y 10 ib..

[64] Folio 11 ib..

[65] Folio 45 ib..

[66] Folios 49 al 72 ib..

[67] Folios 73 y 74 ib..

[68] Folios 75 al 79 ib..

[69] Folios 85 al 89 ib..

[70] Folios 95 al 99 ib..

[71] Folio 96 ib..

[72] Folios 154 a 272 ib

[73] Folios 107 y 108 ib

[74] Folios 97 a 100 ib..

[75] Folios 104 a 105 ib..

[76] Folios 101 a 103 ib..

[77] Folio 106 ib..

[78] Folio 136 ib..

[79] Folio 274 ib..

[80] Folios 137 a 141 ib..

[81] Folio 316 ib..

[82] Folios 442 a 456 ib..

[83] Saldo a 10 de febrero de 2017 (Folio 52)

[84] No se precisa el monto de la obligación.

[85] Folio 13 del cuaderno inicial respectivo.

[86] Folios 16 a 21 ibídem.

[87] Folios 22 a 33 ib..

[88] Folios 34, 35, 38, 41, 42, 43 y 44, ib..

[89] Folios 36 y 37 ib..

[91] Folio 145 ib..

[92] Folios 153 a 159 ib..

[93] Folios 294 y 295 ib..

[94] Folios 307 a 310 ib..

[95] Folio 3 del cuaderno 2 respectivo.

[96] Folio 14 del cuaderno 1 respectivo.

[97] Folios 16-18 ib..

[98] Folio 47 ib..

[99] Folio 19 ib..

[100] Folio 24 ib..

[101] Folio 32 ib..

[102] Folio 34 ib..

[103] Folio 48 ib..

[104] Folio 68 ib..

[105] Folio 91 ib..

[106] Folio 19 ib..

[107] Folios 17 y 18 ib..

[108] Folios 11 a 16 ib..

[109] Folio 37 ib..

[110] Folio 21 ib..

[111] Folios 4 al 10 del cuaderno 2 respectivo.

[112] Cuaderno 3, folio 34.

[113] Cuaderno 3, folio 33.

[114] Cuaderno 3, folio 35.

[115] Cuaderno 3, folio, 36.

[116] Cuaderno 3, folio 36.

[117] Cuaderno 3, folio 37.

[118] Cuaderno 3, folio 38.

[120] Cuaderno 3, folios 50-51.

[121] Cuaderno 3, folio 23.

[122] Cuaderno 3, folio 24.

[123] Esto consta en el Acta No. 025 del 26.01.2015 del Juzgado Séptimo Penal del Circuito con función de conocimiento, que reposa en el Cuaderno 3, folio 27.

[124] Cuaderno 3, folio 24.

[125] Cuaderno 2, folio 23.

[126] Cuaderno 2, folio 24.

[127] Cuaderno 2, folio 25.

[128] Cuaderno 2, folio 24.

[129] Cuaderno 2, folio 24.

[130] Cuaderno 2, folio 18.

[131] Cuaderno 2, folio 19.

[132] Cuaderno 2, folio 20.

[133] Cuaderno 2, folio 20.

[134] Cuaderno 2, folio 18.

[135] Cuaderno 2, folio 18.

[136] Cuaderno 2, folio 18.

[137] Cuaderno 2, folio 19.

[138] Cuaderno 2, folios 20ss.

[139] Folio 27 del cuaderno de revisión respectivo.

[140] “Artículo 64. Pruebas en revisión de tutelas. Con miras a la protección inmediata y efectiva del derecho fundamental vulnerado y para allegar al proceso de revisión de tutela elementos de juicio relevantes, el Magistrado sustanciador, si lo considera pertinente, decretará pruebas. Una vez se hayan recepcionado, se pondrán a disposición de las partes o terceros con interés por un término no mayor a tres (3) días para que se pronuncien sobre las mismas, plazo durante el cual el expediente quedará en la Secretaría General. (...).”

[141] SU-617 de 2014, T-291 de 2016, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018, entre otras.

[142] SU-377 de 2014. Reglas reiteradas en los fallos T-083 de 2016, T-291 de 2016, T-100 de 2017, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[143] Ver SU-377 de 2014, reiterada en las sentencias T-083 de 2016, T-291 de 2016, T-100 de 2017, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[144] Folios 15 y 7 de los cuadernos iniciales, respectivamente.

[145] Ver Sentencias T-100 de 2017, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[146] Cfr. T-1015 de 2006, T-780 de 2011, T-008 de 2016, T-009 de 2016, T-100 de 2017, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[147] Sentencia T-328A de 2012, reiterada en la providencia T-251 de 2017.

[148] Sentencia T-007 de 2015, reiterada en el fallo T-251 de 2017.

[149] Ver SU-961 de 1999, T-291 de 2016, T-480 de 2016, T-063 de 2018 y T-176 de 2018, entre otras.

[150] Ver los Fallos T-135 de 2015, T-291 de 2016, T-480 de 2016, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[151] Ibídem.

[152] Cfr. Sentencia T-158 de 2006, reiterada en la providencia T-609 de 2016.

[153] Sentencia T-593 de 2007, reiterada en el fallo T-609 de 2016.

[154] La Sala seguirá de cerca las reglas reiteradas en la sentencia T-609 de 2016, proferida por la Sala Octava de Revisión con ponencia del Magistrado Alberto Rojas Ríos.

[155] Ver T-1085 de 2003, T-806 de 2004, T-397 de 2008, T-629 de 2009, T-338 de 2010, T-135 de 2015, T-379 de 2015, T-291 de 2016, T-100 de 2017, T-651 de 2017, T-063 de 2018 y T-176 de 2018.

[157] Ver T-662 de 2013, así como T-414 de 1992, SU-961 de 1999, T-662 de 2013 y T-609 de 2016.

[158] Providencia T-609 de 2016.

[159] Sentencia T-662 de 2013, reiterada en el fallo T-609 de 2016.

[160] Sentencia T-222 de 2014.

[161] Ver Sentencia T-222 de 2014.

[162] “Artículo 334. Procedencia del recurso de casación. El recurso extraordinario de casación procede contra las siguientes sentencias, cuando son proferidas por los tribunales superiores en segunda instancia:

1. Las dictadas en toda clase de procesos declarativos.

2. Las dictadas en las acciones de grupo cuya competencia corresponda a la jurisdicción ordinaria.

3. Las dictadas para liquidar una condena en concreto.

Parágrafo. Tratándose de asuntos relativos al estado civil sólo serán susceptibles de casación las sentencias sobre impugnación o reclamación de estado y la declaración de uniones maritales de hecho.”

[163] Cuaderno 1.folio 2.

[164] Cuaderno 1, folios 15ss.

[165] Cuaderno 1, folio 21.

[166] Cuaderno 1, folio 7.

[167] Cuaderno 3, folio 55.

[168] Cuaderno 1, folio 15.

[169] Cuaderno 1, folio 2.

[170] La Sala seguirá de cerca lo expuesto en las sentencias T-701 de 2016, T-100 de 2017 y T-063 de 2018, en las cuales fungió como ponente el Magistrado Alberto Rojas Ríos.

[171] Pronunciamientos T-701 de 2016, T-100 de 2017 y T-063 de 2018.

[172] Ibídem.

[173] Providencias T-253 de 2012, T-895 de 2011, T-100 de 2017 y T-063 de 2018, entre otras.

[174] Ver T-988 de 2007, T-585 de 2010, T-200 de 2013, T-481 de 2016, T-100 de 2017 y T-063 de 2018.

[175] Sentencia T-291 de 2011, reiterada en T-100 de 2017 y T-063 de 2018.

[176] “Sentencia T-522/01”.

[177] “Cfr. Sentencias T-462/03; SU-1184/01; T-1625/00 y T-1031/01.”

[178] Providencia C-590 de 2005.

[180] Cfr., T-442 de 1994, T-567 de 1998, T-008 de 1998, SU-159 de 2002, T-025 de 2001, T-109 de 2005, T-639 de 2006, T-143 de 2011 y SU-195 de 2012. Reiteradas en SU-416 de 2015 y T-567 de 2017.

[181] “Sentencias T-143 de 2011 y T-567 de 1998.”

[182] “Cfr. sentencia T-442 de 1994.”

[183] “Cfr. sentencia SU-1300 de 2001.”

[184] “Cfr. sentencia T-442 de 1994.”

[185] “Cfr. sentencia T-538 de 1994.”

[186] “Sentencia SU-159 de 2002.”

[187] Providencia SU-195 de 2012, reiterada en los fallos SU-416 de 2015 y T-567 de 2017.

[188] “Cfr. sentencia T-442 de 1994.”

[189] “Cfr. sentencia T-538 de 1994.”

[190] Fallo SU-195 de 2012, reiterado en las providencias SU-416 de 2015 y T-567 de 2017.

[191] “Ibíd. sentencia T-442 de 1994.”

[192] “Cfr. sentencia T-576 de 1993.”

[193] “Cfr. sentencia T-239 de 1996.”

[194] Pronunciamiento SU-195 de 2012, reiterado en los fallos SU-416 de 2015 y T-567 de 2017.

[195] “Cfr. Sentencias T-138 de 2011 y SU-159 de 2002.”

[196] Providencia SU-195 de 2012, reiterada en las tutelas SU-416 de 2015 y T-567 de 2017.

[197] Ibídem.

[198] “Cfr. Sentencia T-902 de 2005.”

[199] “Ibídem.”

[200] “Ibídem.”

[201] Fallo T-138 de 2011, reiterado en la sentencia T-567 de 2017.

[202] Véase Corte Constitucional, sentencia T- 136 de 2013.

[204] Corte Constitucional, sentencia T- 1085 de 2002.

[205] Corte Constitucional, sentencia T- 1085 de 2002

[206] Corte Constitucional, sentencia T- 517 de 2006, reiterada por la sentencia T-058 de 2014.

[207] Corte Constitucional, sentencia T- 1165 de 2001; T- 058 de 2014.

[208] Corte Constitucional, sentencia T- 240 de 2016.

[209] Corte Constitucional, sentencia C- 232 de 1997, reiterada por la sentencia T- 251 de 2017.

[210] Corte Constitucional, sentencia T- 240 de 2016.

[211] Corte Constitucional, sentencia T- 152 de 2006.

[212] Corte Constitucional, sentencia T- 902 de 2013.

[213] Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

[214] Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

[215] Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

[216] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez. Este criterio es compartido por la Corte Constitucional, quien en sentencia T- 222 de 2014 sostuvo que “Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad”.

[217] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.

[218] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.

[219] Corte Constitucional, sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T-058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

[220] Corte Constitucional sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T-058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

[221] Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

[222] Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014.

[223] Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014.

[224] Corte Constitucional, setencia T- 282 de 2016.

[225] Corte Constitucional, sentencias T- 152 de 2006; T- 902 de 2013.

[226] Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

[227] Establecer una obligación general de practicar exámenes médicos para todos y cada uno de los tomadores o asegurados podría implicar una carga desproporcionada para el asegurador, como se sostuvo en la sentencia C- 232 de 1997. Sin embargo, ello no implica que el asegurador, en ocasiones, se exima de hacerlo. Para ello, ver sentencia 282 de 2016, la cual reitera el deber de realizar exámenes médicos establecido en las sentencias T- 832 de 2010, T- 1018 de 2010, T- 393 de 2015.

[228] Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.

[229] Corte Constitucional, sentencia T- 282 de 2016.

[230] Sentencia T-751 de 2012.

[231] Sentencia T-342 de 2013.

[233] Providencia T-240 de 2016, reiterada en el fallo T-609 de 2016.

[234] Sentencia T-670 de 2016.

[235] Decisión T-517 de 2006, reiterada en el pronunciamiento T-670 de 2016.

[236] Fallos T-316 de 2015, T-609 de 2016 y T-670 de 2016.

[237] Tutelas T-240, T-609 de 2016 y T-670 de 2016, entre otras.

[238] Fallo T-316 de 2015, que indica que el concepto se ha construido con apoyo en la SU-995 de 1999 y ha sido reiterado en las T-249 de 2005, T-184 de 2009, T-211 de 2011,

T-891 de 2013, T-053 de 2014 y T-007 de 2015.

[239] Tutelas T-211 de 2011, T-316 de 2015 y T-609 de 2016.

[240] Cuaderno 3, folio 36.

[241] Cuaderno 3, folio 33.

[242] Cuaderno 3, folio 31.

[243] Corte Constitucional, sentencia de tutela T- 832 de 2010, reiterada por la T- 251 de 2017.

[244] Corte Constitucional, sentencia de tutela T- 832 de 2010, reiterada por la T- 251 de 2017.

[245] Consideraciones 63ss.

[246] Folio 11 del cuaderno inicial respectivo.

[247] Cuaderno 1, folio 72.

[248] Cuaderno 1, folios 70s.

[249] Cuaderno 1, folio 118.

[250] Cuaderno 1, folio 7.

[251] Cuaderno 1, folio 11.

[252] Cuaderno 1, folios 18s.

[253] Cuaderno 1, folio 13.

[254] Cuaderno 1, folio 7.

[255] Cuaderno 1, folio 15.

[256] Cuaderno 1, folio 16.

[257] Cuaderno 1, folio 16.

[258] Cuaderno 1, folio 17.

[259] Cuaderno 1, folio 16.

[260] Respuesta a solicitud de reconsideración. Cuaderno 1, folio 16.

[261] Carta que niega la indemnización. Cuaderno 1, folio 12.

[262] Corte Constitucional, sentencia de tutela T-152 de 2006; T- 902 de 2013.

[263] Corte Constitucional, sentencia T-152 de 2006.

[264] Corte Constitucional, sentencia de tutela T- 902 de 2013; T- 136 de 2013.

[265] Cuaderno 1, folio 63.

[266] Cuaderno 1, folio 63. No hay mayor información sobre esta póliza, pues la indemnización fue reconocida, como consta en el Cuaderno 1, folio 65..

[267] Cuaderno 1, folios 38 y 63.

[268] Cuaderno 1, folio 37.

[269] Cuaderno 1, folio 38.

[270] Cuaderno 1, folio 28.

[271] Cuaderno 1, folio 80.

[272] Cuaderno 1, folio 66.

[274] Cuaderno 1, folio 80.

[275] Cuaderno 1, folio 80.

[276] Cuaderno 1, folio 36.

[277] Cuaderno 1, folios 186s.

[278] Cuaderno 1, folio 210.

[279] Cuaderno 1, folio, 146.

[280] Cuaderno 1, folio 107.

[281] Cuaderno 1, folio 107.

[282] Cuaderno 2, folio 44.

[283] Cuaderno 1, folio 341.

[284] Cuaderno 1, folio 15.

[285] Cuaderno 1, folio 296.

[286] Cuaderno 1, folio 14.

[287] Cuaderno 1, folio 296.

[288] Cuaderno 3, folio 54.

[289] Cuaderno 1, folio 14.

[290] En este caso, transcurrió 1 año, 1 mes y 25 días desde que se negó la afectación de la póliza, hasta que se interpuso la acción de tutela.

[291] En este caso, la acción de tutela se interpuso 1 año, 2 meses y 7 días después de que la aseguradora negó el pago de la póliza.