

T-240-16

Sentencia T-240/16

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Procedencia excepcional cuando prestan un servicio público o actividad de interés público

Contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos o eficaces para proteger un derecho fundamental; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión.

CONTRATO DE SEGUROS-Enfoque constitucional

CONTRATO DE SEGUROS-Definición y contexto

Este contrato es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador -en algunas ocasiones también beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo -siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero.

CONTRATO DE SEGUROS-Reiteración de jurisprudencia

CONTRATO DE SEGUROS-Definición acogida por la Corte Constitucional

CONTRATO DE SEGUROS EN EL DERECHO COMPARADO-Importancia

CONTRATO DE SEGUROS-Prohibición de cláusulas abusivas

CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-Naturaleza/CONTRATO DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES-Elementos

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad contractual, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

Es una irregularidad en la manifestación de voluntad al momento de suscribir el contrato de seguro. Se presenta cuando el adquirente, al instante de tomar la póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no se encuentra ajustada a la realidad, con lo cual induce a la entidad aseguradora a expedir una cobertura que no corresponde con su verdadera condición.

PREEXISTENCIA EN EL CONTRATO DE SEGURO-Concepto

Este fenómeno hace alusión a circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. En seguros de vida, permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su afectación.

DERECHO FUNDAMENTAL AL MINIMO VITAL-Protección constitucional

El concepto de mínimo vital implica que el Estado sea responsable por brindar condiciones sociales que permitan reducir la miseria a su más exigua expresión, de manera que toda persona cuente con garantías mínimas de acceso a bienes, productos y servicios que les posibiliten satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

ENTIDAD ASEGURADORA-Deber de solidaridad frente a las personas en estado de

vulneración o indefensión

La jurisprudencia constitucional ha establecido que frente a las personas en estado de vulneración o indefensión existe un deber constitucional en cabeza de entidades financieras y bursátiles, que les impone la necesidad de ser solidarios y considerar la condición apremiante que puede estar afrontando el tomador, pues su desatención podría generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar el acaecimiento de un perjuicio irremediable.

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Orden a compañía aseguradora hacer efectiva la póliza de seguro de vida adquirida por el accionante

Referencia: expediente T-5.283.342 AC.

Acción de Tutela instaurada por Hamid Aljure Gaviria contra Liberty Seguros S.A. (Exp. T-5.283.342); y Brayan Alexander Yusti Mellizo contra Colpatria Multibanca - seccional Cali (Exp. T-5.335.030).

Derechos fundamentales invocados: salud, vida, educación, vivienda digna, debido proceso, igualdad, vida digna, mínimo vital y petición.

Temas: (i) procedencia de la acción de tutela contra entidades bursátiles; (ii) estructura del contrato de seguro de vida; (iii) definición de preexistencia y reticencia en los contratos de seguro; (iv) derecho al mínimo vital; y (v) deber de solidaridad constitucional.

Problema jurídico: determinar si las entidades demandadas vulneraron los derechos fundamentales de los accionantes al negar la ejecución de las pólizas de seguros de vida adquiridas bajo el argumento de una presunta reticencia y preexistencia.

Magistrado Ponente:

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Bogotá D.C., dieciséis (16) de mayo de dos mil dieciséis (2016).

La Sala Séptima de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional, conformada por los magistrados Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, quien la preside, Alberto Rojas Ríos y Luis Ernesto Vargas Silva, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, y específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9°, de la Constitución Política, ha proferido la siguiente:

En el proceso de revisión de las sentencias: (i) del día veinticuatro (24) de septiembre de dos mil quince (2015) por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, que confirmó en todas sus partes la sentencia dictada el día dieciocho (18) de agosto de dos mil quince (2015) por el Juzgado Décimo Civil Municipal de Neiva, que declaró improcedente la acción de tutela incoada en el expediente T-5.283.342; y (ii) del día trece (13) de octubre de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Décimo Civil Municipal de Santiago de Cali, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada en el expediente T-5.335.030.

Los expedientes T-5.283.342 y T-5.335.030 fueron escogidos para revisión por parte de esta Corporación mediante auto del doce (12) de febrero de dos mil dieciséis (2016), proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Dos, integrada por la Magistrada Gloria Stella Ortiz y el Magistrado Luis Ernesto Vargas Silva.

1. ANTECEDENTES

1.1. EXPEDIENTE T-5.283.342.

El señor Hamid Aljure Gaviria interpuso acción de tutela contra Liberty Seguros S.A., por considerar que sus derechos fundamentales a la salud, la vida, la educación, la vivienda digna, la igualdad, la vida digna, el mínimo vital y de petición fueron vulnerados por dicha entidad financiera al haber negado la ejecución de la póliza de vida colectiva adquirida bajo el argumento de preexistencia y reticencia al momento de perfeccionar el contrato. El accionante sustentó su escrito sobre los siguientes:

1.1.1. HECHOS.

1.1.1.1. El accionante manifiesta que tiene cincuenta y seis (56) años de edad y se desempeña como funcionario del INPEC, con un salario de \$1.088.393. Agrega que a la

edad de cincuenta y dos (52) años adquirió una póliza de seguro de vida colectiva con Liberty Seguros S.A., de referencia GC-91200662 - ramo grupo contributivo -, con fecha de perfeccionamiento del contrato el día 1º de abril de 2012.

1.1.1.2. Explica que dicha póliza amparaba los siguientes riesgos: (i) muerte, cualquiera fuera su causa; (ii) incapacidad total y permanente, cualquiera fuera la causa; (iii) muerte accidental; y (iv) enfermedades graves, como infarto del miocardio, cáncer, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal y esclerosis múltiple.

1.1.1.3. Declara que el día doce (12) de febrero de dos mil catorce (2014), mientras estaba en su casa, sufrió una fuerte picada en la cabeza que le dejó inmediatamente descompuesto. Por esta razón, fue llevado a la clínica Saludcoop, donde le operaron el cerebro por derrame, pero le quedaron secuelas como: pérdida de la periferia izquierda de ambos ojos, sordera, problemas de locomoción, propenso a convulsionar (epilepsia) y problemas mentales.

1.1.1.4. Expone que el día 9 de abril de dos mil catorce (2014), solicitó ante Liberty Seguros S.A. la indemnización por el 50% del valor asegurado por enfermedad profesional; sin embargo, mediante escrito del veintisiete (27) de mayo de dos mil catorce (2014) le fue negada la petición, bajo el argumento que tenía hipertensión arterial antes de adquirir la póliza. Arguye que no le fueron practicados ni exigidos exámenes médicos al momento de perfeccionar el contrato y, además, en el oficio dirigido por la entidad demandada a todos los funcionarios del INPEC, dieron a entender que el amparo incluía todas las formas de enfermedad grave, sin importar el padecimiento previo de alguna de ellas.

1.1.1.5. Sostiene que la EPS Cafesalud lo remitió a COLPENSIONES por llevar más de ciento ochenta (180) días incapacitado, donde fue calificado con un 53.11% de pérdida de la capacidad laboral, con fecha de estructuración el día veinticinco (25) de agosto de dos mil catorce (2014). Expresa que luego de esta valoración, el día cuatro (04) de diciembre de ese mismo año solicitó nuevamente la indemnización ante Liberty Seguros, pero esta vez por incapacidad total y permanente, aunque otra vez le fue negada por la misma causa.

1.1.1.6. Afirma que consultó a sus médicos tratantes, Álvaro González y Jhon Jairo Abella, especialistas en neurocirugía, quienes le explicaron que el derrame que sufrido no fue causado por hipertensión arterial, sino por una lesión llamada "angiopatía amiloidea

patología”, la cual no se asocia con la primera debido a que representan expresiones clínicas distintas y producen hemorragias en una zona distinta.

1.1.1.7. Narra que el doce (12) de febrero de dos mil quince (2015), con las certificaciones de sus médicos tratantes, solicitó nuevamente ante Liberty Seguros la ejecución de la póliza adquirida; sin embargo, le informaron que reconsiderarían su petición y le darían respuesta dentro del término legal del artículo 1080 del Código de Comercio. Agrega que luego de transcurrido un mes no recibió respuesta alguna.

1.1.1.8. Señala que en los días dieciséis (16), diecisiete (17) y dieciocho (18) de marzo de dos mil quince (2015) llamó a la entidad accionada para averiguar por su reclamación, pero el último día le dieron respuesta negativa a su petición, bajo el argumento que sufría hipertensión arterial antes de adquirir el seguro y que en su historia clínica no aparecía el diagnóstico de angiopatía amiloide cerebral.

1.1.1.9. Indica que Comfamiliar Huila le otorgó un subsidio familiar para vivienda por valor de \$13.000.000. aproximadamente, con un plazo de cancelación hasta el treinta y uno (31) de diciembre de dos mil quince (2015). No obstante, debe solicitar un crédito a una entidad financiera para la adquisición de vivienda y así completar el total, pero se encuentra amenazado en perder el subsidio porque ninguna entidad financiera le va a dar crédito a un discapacitado que devenga una pensión del mínimo.

1.1.1.10. Asegura que en la actualidad se encuentra en trámite su pensión de invalidez, pero considera que la misma saldrá por el mínimo, de manera que sufre una condición apremiante para brindarle a su familia la satisfacción de sus necesidades básicas, como son los estudios universitarios de su hijo. Además, aduce que su esposa se encuentra desempleada y, en caso de no obtener el subsidio familiar, se verán expuestos a la pobreza absoluta, sin recursos para su sostenimiento. Por esta razón, interpuso acción de tutela el día ocho (08) de julio de dos mil quince (2015).

1.1.2. PRUEBAS DOCUMENTALES.

Obran en el expediente las siguientes pruebas documentales:

1.1.2.1. Copia de la póliza de seguro de vida colectiva adquirida por el accionante ante

Liberty Seguros S.A. (Cd. 3, Fl. 13).

1.1.2.2. Copia de respuesta emitida mediante correo electrónico el día diez (10) de abril de dos mil catorce (2014) por Liberty Seguros al accionante, donde le expresan que “[s]u solicitud fue recibida exitosamente para ser analizada y tramitada para el seguro correspondiente por el departamento encargado del trámite” (Cd. 3, Fl. 14).

1.1.2.3. Copia de oficio presentado por Libor Agencia de Seguros Ltda a los funcionarios del INPEC, donde les ofrecen una póliza de seguro con las siguientes coberturas: (i) muerte, cualquiera fuera su causa; (ii) incapacidad total y permanente, cualquiera fuera la causa; (iii) muerte accidental; (iv) enfermedades graves (infarto del miocardio, cáncer, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal y esclerosis múltiple), con adelanto del 50% del valor asegurado; (v) auxilio funerario de \$2.500.000.; y (vi) renta de libre destinación por fallecimiento del asegurado. (Cd. 3, Fl. 18)

1.1.2.4. Copia de formulario de solicitud individual de seguro de vida grupo presentado por el accionante ante Liberty Seguros de Vida S.A. (poco legible) (Cd. 3, Fl. 19).

1.1.2.5. Copia de escrito remitido por COLPENSIONES al accionante, donde le informan le fue determinada una pérdida de la capacidad laboral del 53.11% de origen enfermedad y riesgo común, con fecha de estructuración el día 25 de agosto de 2014, con los respectivos anexos descriptivos (Cd. 3, Fl. 21-24).

1.1.2.6. Copia de reclamación de póliza de seguro de vida presentada por el accionante ante Liberty Seguros S.A. el día 3 de diciembre de 2014 (Cd. 3, Fl. 26).

1.1.2.7. Copia de respuesta remitida por Liberty Seguros S.A. el día cuatro (04) de diciembre de dos mil catorce (2014) a la reclamación presentada por el accionante el día tres (03) de diciembre de ese mismo año, mediante la cual le informan que “la compañía toma la presente solicitud como aviso de siniestro, para iniciar el respectivo análisis de la documentación aportada, por lo cual se tendrá pronunciamiento dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite la ocurrencia del hecho, de conformidad con el artículo 1077 del Código de Comercio” (Cd. 3, Fl. 27).

1.1.2.8. Copia de escrito remitido el día treinta (30) de diciembre de dos mil catorce (2014)

por Liberty Seguros S.A. al accionante, donde le manifiestan que objetarán la reclamación debido a que “[d]e la revisión efectuada a los documentos que hacen parte de la póliza citada en la referencia, nuestro departamento médico pudo establecer de la historia clínica del 31 de diciembre de 2011, que Usted viene con un antecedente de HIPERTENSIÓN ARTERIAL, antecedente que preexiste al ingreso del seguro” (Cd. 3, Fl. 28).

1.1.2.9. Copia de concepto médico dictado por el Dr. Jhon Jairo Abello, neurocirujano de la Universidad del Rosario, en el cual expresa que: “[p]aciente a quien se le revisa historia clínica e imágenes diagnosticas observando que presenta secuelas permanentes - Discapacidad- de un Infarto Hemorrágico Temporoparietal derecho (...) En mi experiencia clínica esta lesión corresponde generalmente con una angiopatía Amiloidea- patología no asociada con HTA ya que estas lesiones producen hemorragia de otra localización y tiene otra expresión clínica” (Cd. 3, Fl. 30).

1.1.2.10. Copia de respuesta emitida por Liberty Seguros de Vida S.A. al accionante el día veintiséis (26) de febrero de dos mil quince (2015), en la cual expresan que reconsiderarán su solicitud a raíz de los nuevos conceptos médicos aportados y se dará respuesta de conformidad a lo establecido en el artículo 1080 del Código de Comercio (Cd. 3, Fl. 54).

1.1.2.11. Copia de escrito del diecisiete (17) de marzo de dos mil quince (2015), por el cual Liberty Seguros de Vida S.A. informó al accionante que los nuevos conceptos médicos aportados no son suficientes para reconsiderar la decisión de no ejecutar el amparo de la póliza de vida (Cd. 3, Fls. 56-57).

1.1.2.12. Copia de la historia clínica del accionante (Cd. 2, Fls. 80-259).

1.1.2.13. Copia de certificado expedido por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi el día seis (06) de febrero de dos mil quince (2015), en el que expresan que el accionante no se encuentra inscrito en su base de datos catastral (Cd. 3, Fl. 259).

1.1.2.14. Documentos relacionados con el trámite de la acción de tutela.

1.1.3. ACTUACIONES PROCESALES.

Repartida la acción de tutela, correspondió al Juzgado Décimo Civil Municipal de Menor Cuantía de Neiva conocer sobre el asunto. En este sentido, mediante auto proferido el día 8

de julio de 2015, asumió el conocimiento del proceso y ordenó correr traslado a las partes para que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones contenidos en el expediente.

1.1.3.1. Respuesta de Liberty Seguros S.A.

Mediante escrito presentado el día 15 de julio de 2015, esta entidad presentó sus consideraciones acerca del asunto de la referencia. Sobre el particular, solicitó la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela, por cuanto: (i) se dio respuesta dentro de los términos del artículo 1080 del Código de Comercio a la solicitud de pago de la indemnización radicada por el accionante; (ii) no existe derecho alguno de pago de la indemnización solicitada, ya que el hecho que originó la reclamación no es objeto de la cobertura; y (iii) la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver estos conflictos y además existen otros mecanismos de reclamación judicial.

1.1.3.1.1. En primer lugar, explicó que la solicitud de pago de la indemnización presentada por el accionante fue objetada debido a que no se declararon los antecedentes médicos relevantes al momento de adquirir la póliza, proceder que da lugar a la aplicación de la sanción contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio. En este sentido, indicó que el actor padecía de hipertensión arterial desde el año 2011, anterior a la fecha de adquisición de la póliza el día 23 de marzo de 2012, por lo cual, de conformidad con las cláusulas del contrato, la afección no era amparable.

1.1.3.1.2. En segundo lugar, indicó que el Departamento Médico de Liberty Seguros S.A. encontró que la hipertensión arterial sufrida por el accionante con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, se encuentra plenamente relacionada con la posterior ocurrencia del accidente cerebro vascular. Asimismo, agregó que en el concepto médico rendido por dicho departamento encontró que: “no se hace mención en la historia clínica de la degeneración amiloide mencionada por los especialistas en los certificados aportados (...)”.

1.1.3.1.3. En tercer lugar, aseguró que de conformidad con lo anterior y de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el contrato de seguro de vida pactado con el accionante devino nulo por reticencia. Además, afirmó que el artículo 1158 del mismo Código se refiere al seguro que es otorgado sin examen médico, respecto de lo cual establece que: “el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que

se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción da lugar”.

1.1.3.1.4. En cuarto lugar, sostuvo que la acción de tutela no fue concebida por el legislador como un mecanismo de reclamación de pretensiones patrimoniales, sino para la protección inmediata de derechos fundamentales e inalienables amenazados. Asimismo, aseguró que por no ser una entidad que preste un servicio público o de salud, sus litigios se resuelven dentro del marco establecido por el Código de Comercio y no por aquel dispuesto en el Decreto 2591 de 1991.

1.1.4. DECISIONES JUDICIALES.

1.1.4.1.1. Mediante sentencia proferida el día veintidós (22) de julio de dos mil quince (2015), esta dependencia judicial resolvió declarar improcedente la acción de tutela presentada por el señor Hamid Aljure Gaviria. Sobre el particular, sustentó su decisión sobre el argumento según el cual, si bien fue cierto el hecho que el accionante demostró ser un sujeto de especial protección constitucional, no fue menos cierto el hecho que el despacho no podía pronunciarse sobre el asunto en referencia.

1.1.4.1.2. En este orden de ideas, sostuvo que según el Decreto 2591 de 1991, si el accionante cuenta con otro medio para el reclamo de su pretensión judicial, no procede la acción de tutela a no ser que se encuentre ante un perjuicio grave e irremediable. En este mismo sentido, agregó que la acción de tutela constituye un medio eficaz para evitar la arbitrariedad en la administración de justicia, pero en ningún momento puede considerarse como mecanismo alternativo que supla las funciones del juez ordinario.

1.1.4.1.3. En virtud de lo anterior, el despacho aseguró que en el proceso el accionante no logró aportar pruebas donde demostrara que, al no recibir el pago inmediato de la póliza reclamada, se encuentran afectados los derechos invocados y bajo la amenaza de un perjuicio irremediable. De esta manera, indicó que el actor cuenta con una pensión y no ha perdido el crédito de vivienda que enuncia en la petición, por lo cual debe agotar los mecanismos ordinarios que tiene a su alcance.

1.1.4.2. Impugnación.

Inconforme con la decisión adoptada por el a quo, la parte actora presentó escrito de

impugnación el día veintisiete (27) de julio de dos mil quince (2015), a través del cual reiteró las descripciones fácticas y los argumentos por los cuales considera que debe recibir la indemnización reclamada. Asimismo, el día dieciocho (18) de agosto de dos mil quince (2015), remitió escrito en el que manifestó que el doce (12) de agosto de ese mismo año le fue reconocida su pensión de invalidez, por valor de \$757.168, la cual constituye una fuente de ingresos que no le alcanza para cubrir sus gastos y los de su familia, así como para acceder al crédito bancario para una vivienda digna.

1.1.4.3. Decreto de nulidad de todo lo actuado.

Una vez recibido el escrito de impugnación presentado por la parte actora, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva profirió auto el día treinta y uno (31) de julio de dos mil quince (2015), a través del cual declaró la nulidad de todo lo actuado, en consideración a que debió vincularse al Instituto Penitenciario y Carcelario -INPEC-, a Cafesalud EPS y a COLPENSIONES para que pronunciaran sobre el asunto. Una vez efectuado dicho trámite, fueron allegadas las siguientes intervenciones:

1.1.4.3.1. Respuesta de Cafesalud EPS.

A través de escrito presentado el día diez (10) de agosto de dos mil quince (2015), esta entidad solicitó la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela en relación con sus funciones, pues no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante y, además, la entidad encargada de resolver este asunto es Liberty Seguros S.A. De igual forma, agregó que la acción de tutela no es un mecanismo diseñado para el reclamo de sumas de dinero como las que pretende el actor en esta ocasión.

1.1.4.3.2. Respuesta del Instituto Penitenciario y Carcelario - INPEC.

Mediante escrito presentado el día veintidós (22) de agosto de dos mil quince (2015), esta entidad pública solicitó su desvinculación de la acción de tutela, en razón a que de los hechos y pretensiones contenidas en el expediente se desprende que no ha vulnerado los derechos fundamentales del actor por no ser la entidad encargada de resolver el asunto de la petición.

1.1.4.4. Segunda sentencia proferida en primera instancia por el Juzgado Décimo Civil

Municipal de Neiva.

Una vez vinculadas las partes al proceso y recibidas sus consideraciones sobre el asunto, esta dependencia judicial profirió nuevamente sentencia de primera instancia el día dieciocho (18) de agosto de dos mil quince (2015), en la cual reiteró la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela por las mismas consideraciones y razones expuestas en la sentencia que había sido anulada.

1.1.4.5. Sentencia de Segunda instancia - Juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, Huila.

Mediante sentencia proferida el día veinticuatro (24) de septiembre de dos mil quince (2015), este despacho judicial confirmó en todas sus partes la decisión de primera instancia, con fundamento en los mismos argumentos expuestos por el a quo en su providencia. En este sentido, estimó que el accionante no demostró encontrarse ante un perjuicio grave e irremediable cuya urgencia permitiera prescindir de los medios de reclamación judicial ordinaria que dispone el ordenamiento para estos efectos.

1.2. EXPEDIENTE T-5.335.030.

El señor Brayan Alexander Yusti Mellizo, por conducto de apoderado judicial, interpone acción de tutela con el propósito de obtener la protección de sus derechos fundamentales al debido proceso y a la igualdad, presuntamente vulnerados por la entidad financiera Colpatria Multibanca -seccional Cali- al haber negado la ejecución de la póliza de seguro de vida adquirida con el argumento de preexistencia y reticencia al momento de perfeccionar el contrato de seguro. En este sentido, el accionante plantea su inconformidad de acuerdo a los siguientes:

1.2.1.1. El peticionario relata que adquirió un crédito con Colpatria Multibanca -seccional Cali- con referencia No. 207400081516, por valor de \$11.000.000, desembolsado el día veintisiete (27) de junio de dos mil catorce (2014). Agrega que con la solicitud de crédito diligenció un formulario de inclusión individual de póliza de seguro de vida grupo deudor, expedida con la aplicación al crédito de consumo aprobado con la compañía de seguros AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.

1.2.1.2. Señala que desde el mes de marzo del año dos mil catorce (2014) se encuentra en tratamiento de quimioterapia debido a que padece de un tumor maligno en el testículo que le ha hecho metástasis a otros órganos. Indica que el día en que el asesor comercial de la entidad accionada le llevó los formularios para ser diligenciados, él se encontraba hospitalizado en el Hospital Militar de Bogotá, donde ingresó el dieciocho (18) de junio de dos mil catorce (2014) hasta el día veintiséis (26) de junio del mismo año, de manera que el funcionario pudo percatarse de su condición.

1.2.1.3. Expone que el día diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014), a raíz de la patología que padece, fue calificado con incapacidad total y permanente por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, razón por la cual solicitó a la entidad accionada la ejecución de la póliza de seguro adquirida. Indica que, a pesar de ello, mediante oficio del 30 de diciembre de 2014 le fue negada dicha petición, con el argumento que presentó reticencia al momento de declarar su estado de riesgo.

1.2.1.4. Declara que mediante oficio del nueve (09) de enero de dos mil quince (2015), Colpatria Multibanca le informó que la póliza de seguro de vida grupo deudores que protege el saldo total de la obligación y que se encontraba contratada con AXA Colpatria Seguros de Vida S.A., fue contratada con Cardif Colombia Seguros Generales S.A. a partir del catorce (14) de enero de dos mil quince (2015). Menciona que presentó nuevamente escrito ante la entidad accionada por el cual solicitó la ejecución de la póliza, en consideración a que la funcionaria encargada del trámite conocía sobre su estado de salud.

1.2.1.5. Manifiesta que por oficio del diecinueve (19) de mayo de dos mil quince (2015), Cardif Colombia Seguros Generales S.A. le informó que no tiene obligación de indemnizar el siniestro alegado, toda vez que la ocurrencia del hecho se produjo el día diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014), mientras que la vigencia del seguro referido inició con esta compañía el catorce (14) de enero de dos mil quince (2015), de manera que el evento reclamado se presentó cuando la vigencia de la póliza aún no había comenzado a operar.

1.2.1.6. Expresa que el veintiocho (28) de julio de dos mil quince (2015), otra vez presentó escrito ante la entidad accionada con el propósito de obtener la indemnización contenida en el contrato suscrito, en el cual indicó que para la época en que adquirió el crédito con

Colpatria Multibanca –seccional Cali-, la póliza de seguro se encontraba contratada con AXA Colpatria Seguros de Vida S.A. y continuó con Cardif Colombia Seguros Generales S.A. sin interrupción alguna.

1.2.1.7. A raíz de lo anterior, aduce que no se entiende por qué le niegan el pago bajo el argumento que el siniestro no se encuentra amparado por la póliza, por ello interpuso acción de tutela el día treinta (30) de septiembre de dos mil quince (2015).

1.2.2. PRUEBAS DOCUMENTALES.

Obran en el expediente las siguientes pruebas documentales:

1.2.2.1. Copia de poder especial para interponer la presente acción de tutela otorgado por Brayan Alexander Yusti Mellizo a favor de María Loren Morillo Coronado (Cd. 2, Fl. 1).

1.2.2.2. Copia de la cédula de ciudadanía del accionante, a partir de la cual se desprende que cuenta con veinticinco (25) años de edad (Cd. 2, Fl. 2).

1.2.2.3. Copia del estado de cuenta del crédito de libranza No. 207400081516 otorgado por Colpatria Multibanca a favor del accionante, donde se plasma la obligación de pagar cuotas de \$267.609,04, con un saldo total de \$10.560.344,32 a la fecha de corte del diez (10) de febrero de dos mil quince (2015) (Cd. 2, Fl. 3).

1.2.2.4. Copia de certificado de póliza de seguro de vida grupo deudores otorgado por Seguro de Vida Colpatria S.A. a favor del accionante el día catorce (14) de agosto de dos mil catorce (2014) (Cd. 2, Fl. 4).

1.2.2.5. Copia del informe de epicrisis del accionante, expedido el veintiséis (26) de junio de dos mil catorce (2014) por el Hospital Militar Central, donde se encuentra plasmado que padece de “TUMOR MALIGNO DEL TESTICULO, NO ESPECIFICADO (...) Plan: QUIMIOTERAPIA BEP CICLO 3 (...)” (Cd. 2, Fls. 5-8).

1.2.2.6. Copia de oficio remitido el día treinta (30) de diciembre de dos mil catorce (2014) por AXA Colpatria Seguros de Vida S.A. al Banco Colpatria Multibanca S.A., mediante el cual informan que niegan la reclamación de la ejecución de la póliza adquirida por el accionante debido que al momento de perfeccionar el contrato no declaró fielmente su

estado de riesgo, sino que afirmó: “[m]i estado de salud es normal, no padezco, ni he padecido enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital (...)” (Cd. 2, Fls. 10-11).

1.2.2.7. Copia de oficio remitido el día nueve (09) de enero de dos mil quince (2015) por Colpatria Multibanca S.A. al accionante, donde le manifiestan que la póliza de seguro de vida aduquirida había sido contratada con AXA Colpatria Seguros de Vida S.A., pero que a partir del catorce (14) de enero de dos mil quince (2015) ésta se contrató con Cardif Colombia Seguros Generales S.A. “manteniéndose la cobertura sobre el saldo total de la deuda a la fecha de la ocurrencia del siniestro, bajo estas condiciones: (...) Muerte por cualquier causa o incapacidad Total y Permanente” (Cd. 2, Fl. 12).

1.2.2.8. Copia de derecho de petición presentado el accionante a Colpatria Multibanca - seccional Cali - por medio del cual expresó que la funcionaria encargada del trámite conocía sobre su estado de salud y, además, solicitó el pago de la indemnización contenida en la póliza (Cd. 2, Fls. 13-14).

1.2.2.9. Copia de escrito remitido el día trece (13) de abril de dos mil quince (2015) por Colpatria Multibanca S.A. al accionante, a través del cual se pronuncian sobre la reclamación presentada y solicitan aportar examen de calificación por la Junta Regional de Invalidez, ya que los documentos aportados no fueron suficientes para la formalización del reclamo (Cd. 2, Fl. 16).

1.2.2.10. Copia de escrito remitido por el accionante a Cardif Colombia Seguros Generales S.A. (sin fecha) mediante el cual da respuesta al requerimiento para aportar prueba de calificación de invalidez y anexa el examen realizado por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional.

En este informe, emitido el diez (10) de septiembre de dos mil catorce (2014), se deja constancia que el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo no se encuentra apto para actividad militar, ya que padece una afección que “LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL CIEN POR CIENTO (100%)” por enfermedad común, de manera que “25% DEL PACIENTE REQUIERE LA AYUDA DE OTRA PERSONA PARA SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS” (Cd. 2, Fls. 18.19).

1.2.2.11. Copia de escrito remitido por BNP PARIBAS CARDIF al accionante el día diecinueve (19) de mayo de dos mil quince (2015), por el que le hacen saber que en atención a la reclamación presentada:

“[S]e observa que la ocurrencia del siniestro se produjo el día 10 de septiembre de 2014 y la vigencia del seguro aquí referido inició con CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A., el día 14 de enero de 2015, lo que significa que el evento reclamado ocurrió cuando la vigencia de la póliza no había comenzado a operar (...) Por el motivo expuesto, a CARDIF no le asiste la obligación de indemnizar el siniestro aquí referido”. (Cd. 2, Fl. 20).

1.2.2.12. Documentos relacionados con el trámite de la acción de tutela.

1.2.3. ACTUACIONES PROCESALES.

Repartida la acción de tutela, correspondió al Juzgado Décimo Civil Municipal de Cali conocer sobre el asunto. En este sentido, mediante auto proferido el día primero (1º) de octubre de dos mil quince (2015), asumió el conocimiento del proceso y ordenó correr traslado a las partes interesadas para que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones contenidos en el expediente.

1.2.3.1. Respuesta de AXA Colpatria Seguros de Vida S.A.

El día siete (07) de octubre de dos mil quince (2015), la Representante Legal de esta entidad financiera presentó escrito de contestación a la acción de tutela y se opuso a los hechos y pretensiones contenidos en ella. Sobre el particular, solicitó la declaratoria de improcedencia de la petición y señaló las siguientes consideraciones:

1.2.3.1.1. En primer lugar, aseguró que en virtud de la sentencia T-392 de 1999, el pago de la indemnización emanada de un seguro de vida corresponde a una obligación derivada de un contrato privado de seguro, razón por la cual, las controversias que se deriven sobre el asunto no son susceptibles de ser discutidas a través de la acción de tutela.

1.2.3.1.2. En segundo lugar, afirmó que de conformidad con el artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela procede única y exclusivamente a falta de otro medio judicial de defensa. En este sentido, señaló que el accionante dispone de otro medio de resolución judicial de carácter ordinario y adecuado para abordar estos conflictos, de

manera que en esta ocasión pretende sustraerse de la sanción con nulidad contractual que imponen los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

1.2.3.1.3. En tercer lugar, alegó que por el artículo 1044 del Código de Comercio, la formulación de la objeción y la conducta observada por la aseguradora se encuentran ajustadas a la ley, toda vez que hacen parte del marco de facultades que le permiten esgrimir al reclamante del seguro las excepciones contractuales o legales a que haya lugar. En este sentido, adujo que no puede considerarse dicha conducta como violatoria de los derechos constitucionales del tomador.

1.2.3.2. Respuesta del Banco Colpatria Multibanca S.A.

Mediante escrito presentado el día ocho (08) de octubre de dos mil quince (2015), la Representante Legal para Asuntos Judiciales de esta entidad dio contestación a la acción de tutela y se opuso a los hechos y pretensiones contenidos en ella. De esta manera, solicitó declarar improcedente el reclamo judicial efectuado y para ello presentó los siguientes argumentos en soporte a su petición:

1.2.3.2.1. En primer lugar, sostuvo que en virtud de lo dispuesto en la sentencia T-416 de 1997, existe una falta de legitimidad en la causa por pasiva frente al Banco Colpatria, toda vez que no es el llamado a pronunciarse respecto de las pretensiones de la demanda, pues en su objeto social no se encuentra contemplada ni autorizada la posibilidad de expedir pólizas de seguro.

1.2.3.2.2. En segundo lugar, adujo que se presenta una violación al principio de subsidiariedad de la acción de tutela, en consideración a que la reclamación realizada por el accionante se enmarca dentro de las facultades de la jurisdicción ordinaria. En este sentido, sostuvo que aún no se han agotado los mecanismos de defensa que dispone el ordenamiento para estos efectos.

1.2.3.2.3. En tercer lugar, alegó que según lo dispuesto en sentencia T-155 de 2010, los asuntos de carácter económico en los que se pretenda el pago de sumas de dinero no corresponden a la órbita del juez constitucional. Por esta razón, aseguró que la problemática planteada debe resolverse en el marco de la jurisdicción ordinaria.

1.2.3.3. Respuesta de BNP PARIBAS CARDIF – CARDIF COLOMBIA SEGUROS GENERALES S.A.

El Representante Legal de esta entidad financiera presentó escrito de contestación el día ocho (08) de octubre de dos mil quince (2015), a través del cual se opuso a los hechos y pretensiones alegados por el actor dentro de este proceso. En este sentido, solicitó al juez declarar la improcedencia de la acción de tutela en virtud de las siguientes consideraciones:

1.2.3.3.1. En primer lugar, sostuvo que no se configura alguna de las causales de procedencia de la acción de tutela contra particulares contempladas en el artículo 86 de la Constitución Política. Afirmó que: (i) el contrato de seguro no reviste el carácter de servicio público; (ii) el accionante no se encuentra sometido a un estado de indefensión o subordinación frente a Cardif Colombia Seguros Generales S.A.; y (iii) no puede considerarse que la objeción de la ejecución de la póliza del actor afecte en forma grave y directa el interés colectivo.

1.2.3.3.2. En segundo lugar, aseguró que en esta ocasión no se cumple con el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela, toda vez que según lo dispuesto por el artículo 86 de la Constitución Política, esta sólo procederá cuando el interesado no disponga de otro medio legal idóneo para plantear su reclamación. En este sentido, señaló que el accionante cuenta con dos acciones ordinarias adecuadas para resolver este tipo de controversias, que son la acción ordinaria o declarativa y la acción ejecutiva.

1.2.3.3.3. En tercer lugar, aseveró que en este caso se presenta una falta de legitimación en la causa por pasiva frente a esta entidad. Adujo que la jurisprudencia constitucional ha señalado la necesidad que tiene el juez de identificar correctamente a las partes y/o autoridades involucradas en un conflicto, para de esta forma evitar sentencias desestimatorias o decisiones inhibitorias.

1.2.4. DECISIÓN JUDICIAL.

1.2.4.1. Sentencia de Única instancia – Juzgado Décimo Civil Municipal de Santiago de Cali.

El día trece (13) de octubre de dos mil quince (2015), esta dependencia judicial profirió sentencia mediante la cual declaró improcedente la acción de tutela. La decisión se fundamentó en un único argumento, enfocado en sostener que el accionante no cumplió con el requisito de subsidiariedad de la acción de tutela, pues no agotó los mecanismos civiles ordinarios que dispone el ordenamiento para resolver este tipo de controversias; además, agregó que tampoco demostró la existencia de vulneración al derecho a la igualdad.

2. CONSIDERACIONES

2.1. COMPETENCIA Y OPORTUNIDAD.

2.2. PROBLEMA JURÍDICO.

2.2.1. Los casos que fueron acumulados en esta ocasión plantean una problemática que gira en torno a pólizas de seguros de vida que fueron negadas con el argumento de preexistencia y reticencia al momento en que las partes accionantes suscribieron los respectivos contratos con las entidades demandadas. Los actores consideran que son sujetos de especial protección constitucional debido a la condición de salud que afrontan y solicitan que se ordene la ejecución de los amparos que cubren los créditos adquiridos.

2.2.2. Dentro del expediente T-5.283.342, el señor Hamid Aljure Gaviria asegura que tiene derecho a la ejecución de la póliza de vida adquirida con Liberty Seguros S.A., ya que después haber suscrito el contrato de seguro sufrió un derrame cardiovascular y fue calificado con pérdida de la capacidad laboral de un 53.11%. Agrega que la entidad accionada negó su petición por tener hipertensión arterial antes del contrato, sin considerar que, según los conceptos médicos aportados por él, ello nada tiene que ver con el padecimiento que funda la solicitud.

2.2.3. En el expediente T-5.335.030, el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo afirma que Colpatria Multibanca -seccional Cali- vulneró sus derechos fundamentales al negar la póliza de seguro adquirida. Declara que padece de un tumor maligno en el testículo que le ha hecho metástasis a otros órganos y le llevó a ser calificado con un 100% de pérdida de la capacidad laboral, pero ésta circunstancia no fue valorada por la entidad accionada, quien, a pesar de conocer su estado de salud, negó el amparo del crédito por reticencia y

preexistencia.

2.2.4. En este orden de ideas, la Sala Séptima de Revisión deberá determinar si Liberty Seguros S.A. y Colpatria Multibanca –seccional Cali- vulneraron los derechos fundamentales de los accionantes al negar la ejecución de las pólizas de vida que amparan los créditos adquiridos, con fundamento en una supuesta preexistencia y reticencia al momento de declarar el estado de riesgo.

2.2.5. Para definir el asunto, la Sala debe analizar, en primer término, la procedencia de la acción de tutela contra entidades bursátiles o aseguradoras; en segundo lugar, el contrato de seguro; en tercer lugar, el seguro de vida como relación contractual vinculada con los derechos fundamentales; en cuarto lugar, la preexistencia y la reticencia como elementos que excluyen el cubrimiento del riesgo; en quinto lugar, el derecho fundamental al mínimo vital; en sexto lugar, el deber de solidaridad constitucional que recae sobre la actividad financiera, aseguradora y bursátil; y, finalmente se solucionará el caso concreto.

2.3. PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA.

La acción de tutela ha sido definida como un mecanismo constitucional subsidiario y expedito que permite extender la protección judicial en aquellos eventos en los cuales existe vulneración de los derechos fundamentales de los ciudadanos y se requiere de una intervención pronta e inmediata de la autoridad pública. Puede ser ejercida por toda persona en defensa de sí misma o en representación de un tercero cuando éste no se encuentre en condiciones físicas, mentales o circunstanciales para la defensa de sus derechos fundamentales.

A su vez, esta herramienta jurídica puede interponerse contra personas naturales y jurídicas cuando exista violación o amenaza a los derechos fundamentales de quien solicita la protección; no obstante, el ejercicio de esta acción requiere, por regla general, que se reúnan ciertos elementos. Por esta razón, en la metodología del examen que se adelantará a continuación se expondrán los siguientes temas: (i) la subsidiariedad de la acción de tutela; (ii) la inmediatez en su presentación; y (iii) la procedencia excepcional de la acción de tutela contra entidades aseguradoras.

2.3.1. Subsidiariedad.

2.3.1.1. Significa que la acción de tutela es una herramienta residual del sistema jurídico, es decir, que para valerse de la misma es necesario emplear previamente las demás acciones que el ordenamiento ha previsto para cada situación jurídica concreta. De esta forma, el desconocimiento de este requisito conlleva, por regla general, a la declaratoria de improcedencia de la acción de tutela como consecuencia que emerge de haber desplazado las funciones de las otras jurisdicciones del ordenamiento jurídico[1].

2.3.1.2. A través de sentencia SU-599 de 1999[2], esta Corporación declaró que la subsidiariedad implica la imposibilidad de ejercer la acción de tutela cuando: (i) no se hizo uso de las herramientas jurídicas dispuestas por la legislación para el reclamo de derechos en la situación concreta; (ii) se ejercieron en forma extemporánea los mecanismos de defensa o reclamo jurídico; o (iii) con el propósito de pretermitir las instancias ordinarias en busca de una pronta respuesta de la justicia[3].

2.3.1.3. De igual forma, mediante sentencia T-406 de 2005[4], esta Corte expresó que el fundamento constitucional de este requisito consiste en evitar que la naturaleza restrictiva de la acción de tutela se vea desnaturalizada por un uso ordinario y común que la convierta en una herramienta principal de protección de derechos, toda vez que la Constitución y la ley han estructurado todo un amplio sistema de competencias para el empleo de la jurisdicción y la defensa de los derechos, el cual se desarrolla en forma coherente con todo el cuerpo constitucional y ofrece diversos mecanismos jurídicos de acuerdo a la naturaleza de cada asunto[5].

2.3.1.4. Sin embargo, el artículo 86 Superior estableció una excepción a la regla de subsidiariedad y residualidad de la acción de tutela, al permitir hacer uso de éste mecanismo como herramienta transitoria para evitar la consolidación de un perjuicio grave e irremediable para el actor[6]. Igualmente, el artículo 6º del Decreto 2591 de 1991 adicionó otra excepción a la regla de subsidiariedad, al considerar la procedencia de la acción de tutela cuando el mecanismo de defensa ordinario no resulte idóneo para la protección de los derechos fundamentales.

2.3.1.5. En suma, la acción de tutela es un mecanismo judicial efectivo que se encuentra orientado a la protección de los derechos fundamentales y cuyo ejercicio requiere de la

utilización previa de todos los mecanismos ordinarios con los cuales se cuenta para resolver cada caso concreto. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado dos eventos en los cuales es posible prescindir de este requisito, a saber: (i) cuando el actor se encuentra en una situación apremiante por la posible configuración de un perjuicio irremediable; y (ii) porque los mecanismos de reclamo judicial con los que cuenta no alcanzan a ser eficaces e idóneos para lograr una protección constitucional oportuna[7].

2.3.2. Inmediatez.

2.3.2.1. A partir de la lectura del artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un mecanismo jurídico a favor de los ciudadanos para el reclamo inmediato de sus derechos fundamentales, por ello se enmarca dentro de un procedimiento expedito y sumario que busca proteger derechos cuya vulneración representa una grave afectación a la integridad física o mental de una persona. En este sentido, la jurisprudencia constitucional ha establecido que la acción de tutela debe presentarse en un término razonable, valorado desde la ocurrencia del hecho generador de la afectación y la presentación de la solicitud ante la justicia, por medio del cual el juez constitucional pueda advertir la existencia de una situación apremiante para el actor y su urgente necesidad de recibir medidas frente a ello[8]. En otras palabras, corresponde a cada juez observar las particularidades de cada caso y determinar si la acción de tutela fue ejercida oportunamente para la defensa de los derechos fundamentales[9].

2.3.2.2. Sobre la razonabilidad del plazo, mediante sentencia SU-961 de 1999[10], que se constituye como la primera providencia en desplegar un análisis concreto sobre el asunto, la Sala Plena manifestó que la inexistencia de un término de caducidad para el ejercicio de la acción de tutela no implica que ésta no deba presentarse en un plazo razonable, es decir, dentro de un lapso que no afecte derechos de terceros y evite desnaturalizar la acción. Este término se encuentra determinado por la finalidad misma que persiga el escrito de tutela y será ponderado por el juez constitucional de conformidad a las características de cada caso concreto[11].

De igual forma, la Sala indicó que no es posible acceder a la admisión de una acción de tutela en aquellos eventos en los que no se ejercieron oportunamente los mecanismos

de reclamo judicial ordinarios que ha contemplado la legislación para la naturaleza jurídica de cada caso, por cuanto es procedente aplicar analógicamente el principio establecido en la sentencia C-543 de 1992[12], según el cual no puede alegarse en beneficio propio la omisión.

2.3.2.3. Posteriormente, la Sala Plena de esta Corte reiteró dicha tesis mediante sentencia C-590 de 2005[13], cuando definió los requisitos generales y específicos de procedencia de la acción de tutela. Al respecto, sostuvo la Sala que las acciones de tutela deben cumplir con un plazo inmediato, es decir, que deben presentarse dentro de un término proporcional desde el momento en que se presentó la vulneración del derecho para evitar que se afecten los principios de seguridad jurídica y cosa juzgada, ya que en sentido contrario se generaría una confusión en las decisiones judiciales que opacaría la eficacia de las herramientas institucionales para el reclamo y defensa de los derechos[14].

2.3.2.4. En síntesis, la Constitución Política y el precedente constitucional han establecido que la acción de tutela se enmarca dentro de un procedimiento preferente y sumario, dirigido a evitar o interrumpir la afectación que sufre un ciudadano respecto a sus derechos fundamentales. De esta forma, el juez constitucional debe evaluar en cada caso concreto la diligencia desplegada por el peticionario en relación con la urgencia de la medida y establecer si el actor realmente se encuentra ante una vulneración presente de sus derechos fundamentales[15].

2.3.3. Procedencia de la acción de tutela contra entidades aseguradoras.

2.3.3.1. Las actividades financiera, bursátil y aseguradora han sido calificadas por la Constitución Política como un servicio público basado en la captación, manejo e inversión de grandes cantidades de dinero procedentes de toda la población[16], razón por la cual, las entidades y empresas que ejercen esta actividad comercial se encuentran sujetas a una serie de responsabilidades particulares, que las someten a obligaciones susceptibles de ser demandadas ante las autoridades judiciales de carácter civil y comercial. Sin embargo, el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991 establece la posibilidad que tienen las personas de ejercer la acción de tutela, en aquellos eventos en los cuales consideren que sus derechos fundamentales han sido vulnerados por un particular que presta un servicio público[17], no obstante el juez deberá valorar cada caso concreto.

2.3.3.2. Lo anterior significa que el ejercicio de la acción de tutela siempre deberá encausarse dentro de los márgenes procesales dispuestos para ella, es decir, que siempre será necesario agotar los mecanismos ordinarios que se tienen al alcance para el reclamo y defensa de los derechos, especialmente en aquellos asuntos que tienen una jurisdicción particular para resolver sus litigios, pues la protección constitucional ha sido concebida por el legislador como un amparo que debe extenderse en circunstancias donde efectivamente exista una violación a derechos fundamentales.

2.3.3.3. Ahora bien, como sucede en todos los eventos relacionados con acciones de tutela que versan sobre asuntos de carácter ordinario, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de las mismas cuando en ellas se encuentre demostrada: (i) que el mecanismo judicial con el cual se cuenta no es eficaz o idóneo para lograr la protección; y (ii) cuando sea para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable para el actor[18]. Además, la jurisprudencia ha reconocido que en los eventos en que se presentan acciones de tutela por sujetos que gozan de especial protección constitucional, la valoración sobre la ocurrencia del perjuicio irremediable debe ser más comprensiva o flexibilizarse de acuerdo a las condiciones del peticionario[19].

2.3.3.4. Así las cosas, si bien es cierto que para problemas surgidos con entidades bursátiles, financieras o aseguradoras se encuentra concebido un marco procesal civil y comercial dirigido a canalizar el estudio de estos asuntos a través de la vía ordinaria, no es menos cierto el hecho que los negocios pactados con dichas compañías revisten la particularidad de recaer sobre una relación contractual en la cual puede presentarse un desbalance que ubique a las mismas en una condición de ventaja frente a la otra parte del acuerdo, casos en los que se configura un estado de indefensión que permite prescindir de la vía ordinaria y admitir la acción de tutela de manera excepcional.

2.3.3.5. En ese sentido, para la procedencia de este tipo de acciones de tutela, la jurisprudencia constitucional ha agregado otro elemento, de acuerdo al cual, el juez deberá examinar en cada caso concreto si existe un relación de desigualdad negocial que ubique al actor en un plano de indefensión[20]. Adicionalmente, también ha determinado que el accionante debe demostrar que no cuenta con recursos económicos suficientes para continuar con el pago de la deuda[21].

2.3.3.6. De igual forma, a través de sentencia T-751 de 2012[22], la Sala Primera de Revisión de esta Corte explicó que a partir de la lectura del precedente constitucional, se logra desprender que en materia de acciones de tutela contra compañías aseguradoras, el juez deberá considerar su procedencia cuando en ellas logre advertir una amenaza o vulneración a los derechos fundamentales a la vida, a la salud o al mínimo vital. De esta manera, expuso que si el litigio involucra asuntos estrictamente económicos, el mismo deberá ventilarse por medio de la vía ordinaria, aunque deberá avocarse el conocimiento de la acción cuando sea con el propósito de proteger estos derechos fundamentales, pues el proceso civil puede no ser idóneo[23].

2.3.3.7. En este orden de ideas, mediante sentencia T-136 de 2013[24], esta Corporación conoció de una acción de tutela interpuesta por un peticionario que había adquirido una póliza de seguro de vida para amparar un crédito hipotecario, aunque su ejecución había sido negada por la entidad aseguradora demandada pues había sobrepasado la edad de 69 años que debe tenerse para este tipo de pólizas. En esta oportunidad, la Sala consideró que el accionante era un sujeto de especial protección constitucional que se hallaba en estado de indefensión frente a la entidad aseguradora, pues del contrato se había demostrado que la entidad demandada nunca puso la edad de 70 años como límite para hacer efectiva esta póliza y esto lo estaba colocando frente a un posible perjuicio irremediable porque amenazaba con perder su casa.

2.3.3.8. En el mismo sentido de lo expuesto, por medio de sentencia T-865 de 2014[25], la Sala Sexta de Revisión de esta Corporación explicó que frente a la procedencia de acciones de tutela contra entidades aseguradoras, será necesario analizar si la reclamación en la ejecución de la póliza puede generar una consecuencia que materialice un perjuicio irremediable para el tomador, puesto que no cuenta con recursos suficientes para garantizar su mínimo vital. En estos eventos, el Estado no puede exigirle al individuo el agotamiento de vías judiciales que no serían idóneas para resolver rápidamente el asunto, sino que se encuentra en la obligación de tramitar de forma urgente la petición para con ello evitar la afectación[26].

2.3.3.9. En síntesis, la actividad aseguradora es una labor de carácter financiero que debe resolver sus litigios en el marco de la jurisdicción ordinaria. No obstante, contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez

constitucional logre demostrar que: (i) los mecanismos ordinarios no son idóneos o eficaces para proteger un derecho fundamental; (ii) el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y (iii) cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión.

2.4. ENFOQUE CONSTITUCIONAL DEL CONTRATO DE SEGURO.

En este acápite la Sala procederá a realizar un análisis del contrato de seguro a partir de una perspectiva constitucional, de manera que se logren extraer conclusiones que ayuden a identificar puntos de tensión entre la conformación de este acuerdo de voluntades con los postulados fundamentales de la Carta Política. Esto permitirá determinar cuándo es necesario extender una protección sobre un caso que reviste circunstancias particulares de especial relevancia constitucional.

Para efectos de lo anterior, el examen de la Sala se desarrollará de la siguiente forma: (i) se definirá el contrato de seguro; (ii) se observará lo dispuesto en la jurisprudencia constitucional al respecto; (iii) se realizará una breve referencia sobre este contrato en el derecho comparado; (iv) se expondrán las cláusulas abusivas de estos contratos; (v) se abordará el contrato de seguro de vida; y (vi) se analizarán las figuras de reticencia y preexistencia en estos contratos.

2.4.1. Contrato de seguro – definición y contexto.

2.4.1.1. Este contrato es una figura jurídica concebida como un acuerdo de voluntades por el cual una persona llamada tomador –en algunas ocasiones también beneficiario- se obliga al pago de un prima a favor de otra llamada asegurador, con el fin que esta última cubra los daños causados por la ocurrencia de riesgo –siniestro- que afecta la integridad física o el patrimonio del primero.

2.4.1.2. Su creación ha sido el producto de la evolución que han sufrido las costumbres mercantiles en occidente, las cuales partieron de la misma necesidad que tiene el ser humano por desarrollar mecanismos que le brinden condiciones de protección y seguridad en cada uno de los aspectos de su vida, para con ello obtener el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que

afectan su existencia.

2.4.1.3. Sus antecedentes nacen en las antiguas asociaciones que formaron griegos y romanos para que sus integrantes se prestaran ayuda mutua frente a las adversidades y contingencias que sufrieran. De éstas se destaca la Collegia Funeratica como una modalidad de asociación por la que sus miembros realizaban aportes a un fondo que atendía los gastos funerarios de sus integrantes.

No obstante, fueron las tradiciones mercantiles del comercio marítimo en la cuenca del Mediterráneo las que moldearon este contrato y dieron como resultado una serie de prácticas que se volvieron ley en este mercado, como lo fue el Código Marítimo de Rodas, que compiló costumbres propias de este sector y previó una cuota por daños que sufriera la nave o la mercancía; así como el pago de un flete que se encontraba condicionado a la llegada de la mercadería a su lugar de destino, llamado Pecunia Trajectitia[27].

Gran parte de las prácticas y costumbres mercantiles originadas en la antigüedad continuaron vigentes en la Edad Media, como lo fue la Nauticum Foenus, que consistía en un préstamo a la gruesa girado a favor del capitán de la nave o del dueño de la mercancía, y cuya suma debía devolverse con el pago de altísimos intereses, a no ser que la nave nunca llegara a su lugar de destino, caso en el cual se extinguía la obligación[28].

2.4.1.4. Lo anterior muestra cómo el contrato de seguro se forma desde la idea de prevención o anticipación de perjuicios generados por el acaecimiento de un riesgo, es decir, de un hecho siniestro no deseado que afecta alguno de los elementos que influyen en la vida del ser humano. De esta forma, a mediados del siglo XVII, el desarrollo de las ciencias exactas permitió crear fórmulas actuariales para cuantificación de riesgos, con lo cual se dejaron atrás las valoraciones empíricas de la antigüedad y se establecieron relaciones entre riesgo y costo. Esta nueva realidad introdujo mejoras que dieron lugar a la estructura actual del contrato de seguro, y además condujo a la creación de las primeras compañías aseguradoras en Inglaterra, Holanda y Francia[29].

2.4.1.5. En Colombia, este contrato tuvo uno de sus primeros antecedentes en la Ley 27 de 1.888, mediante la cual se previó que para los contratos de transporte terrestre se podía sumar el valor del flete, de las comisiones y de las utilidades sobre el monto asegurado. Sin embargo, su construcción formal dentro del sistema jurídico nacional se produjo con la

entrada en vigencia del actual Código de Comercio, que en el Título V del Libro IV, enmarcó los lineamientos sobre los cuales este contrato despliega sus efectos y definió las características del mismo, las cuales, según el artículo 1036, se trata de un contrato consensual, bilateral, aleatorio y de ejecución sucesiva.

De igual forma, el artículo 1037 define las partes de este contrato, donde el asegurador corresponde a la persona jurídica que asume los riesgos, mientras que el tomador es aquella persona que por cuenta propia o ajena traslada los riesgos. Así también, el artículo 1045 determina sus elementos esenciales y los define como: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador, los cuales se abordarán más adelante.

En consideración a lo descrito, se advierte que los contratos de seguros comportan un elemento fundamental para su definición, el cual se materializa en la figura del riesgo. Sobre el particular, el artículo 1054 del Código de Comercio define esta figura como aquel:

“[S]uceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.

En ese mismo sentido, el artículo 1055 menciona que el dolo, la culpa grave y los actos estrictamente potestativos del tomador de la póliza no son susceptibles de ser asegurados. Asimismo, menciona que el asegurador podrá determinar “a su arbitrio” los siniestros que afecten el interés o la cosa asegurada, el patrimonio o la persona del asegurado. Este elemento, así como los elementos descritos, serán retomados más adelante cuando se aborde la definición sobre el contrato de seguro de vida.

2.4.1.6. Por lo expuesto, las propiedades jurídicas de este contrato hacen que se encuentre dentro de la esfera privada, en cuanto se desarrolla sobre el plano de la voluntad de las partes. Así las cosas, este acuerdo se caracteriza por perfeccionarse entre un asegurador y un tomador, donde el primero es quien asume los riesgos previamente determinados por su

voluntad, mientras que el segundo se obliga por cuenta propia o ajena a trasladar los riesgos.

Por ello, este contrato es calificado como *uberrimae fidae*, es decir, que para la eficacia de sus efectos se requiriere un estricto apego a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial.

2.4.2. Referencias jurisprudenciales sobre el contrato de seguro.

2.4.2.1. Como quedó expuesto en el acápite anterior, el contrato de seguro es una figura jurídica que se desarrolla en el plano de la voluntad privada de las partes y por ello despliega sus efectos en el marco de un régimen legal de carácter civil y comercial. No obstante, los postulados constitucionales que irradian todo el ordenamiento jurídico han permitido a esta Corporación abordar el examen sobre ciertos aspectos de este contrato que pueden entrar en tensión con derechos fundamentales.

La Sala Plena de esta Corte ha buscado que la rigidez legal del contrato de seguro sea dúctil en circunstancias donde puedan verse amenazados derechos fundamentales de las personas. Por esta razón, ha clarificado que la actividad financiera, bursátil y aseguradora corresponde a un servicio de interés público, con lo cual ha permitido que la acción de tutela pueda ser ejercida en litigios de esta naturaleza contractual; pero también ha ratificado ciertos conceptos relacionados con la buena fe y fidelidad de las partes y las consecuencias de su incumplimiento.

2.4.2.2. Podría afirmarse que en este tema, la sentencia C-232 de 1997[30] se convierte en el fallo dominante en términos de precedente constitucional. En esta oportunidad, la Sala Plena examinó una demanda de inconstitucionalidad entablada contra el artículo 1058 del decreto Ley 410 de 1971, “[p]or el cual se expide el Código de Comercio”, en el que se enmarca la obligación a cargo del tomador de la póliza en declarar su estado de riesgo de manera clara y precisa al momento de perfeccionar el contrato[31].

Para esta ocasión, la Sala explicó que la captación masiva de dinero proveniente de todos los sectores hace que la actividad aseguradora sea definida como un servicio de interés público. También sostuvo que su diferencia con las apuestas y el azar, se basa en la certeza sobre los eventos que pueden ser definidos como siniestros susceptibles de ser amparados

y en la probabilidad estadística que evita caer en un negocio aleatorio absoluto.

Igualmente, declaró que la infidelidad del tomador al momento de presentar su estado de riesgo conlleva a que el seguro se encuentre fundado en el error y, en consecuencia, exista un vicio ab initio del contrato que lo saque del ordenamiento jurídico a través de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa[32]. En este mismo sentido, agregó que en estos eventos, la relación causal que debe observarse en aquella que vincula el error o el dolo con el consentimiento del asegurador, para lo cual expone la doctrina según la cual[33]:

“Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato”.

2.4.2.3. Conforme a lo descrito, la Sala expresó que las nulidades relativas consagradas en el artículo demandado, se encuentran dirigidas a restablecer el equilibrio roto del contrato, pues responden al hecho que el error del tomador se supone “inculpable” e irreprochable, de manera que esta solución es equitativa y razonable, porque a pesar de ser una conducta que inspira la necesidad de ser sancionada en forma distinta y más leve, “de todas maneras conduce a una tarifación menor e inapropiada para el asegurador, que objetivamente introduce un factor de desequilibrio entre los contratantes”.

2.4.2.4. Por otra parte, en relación con la determinación del riesgo y la verificación de las condiciones del tomador por parte de la entidad aseguradora, expuso que la doctrina a partir de la cual las compañías aseguradoras no están obligadas a realizar “inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera”, toda vez que, el contrato de seguro, “como contrato de ubérrima buena fe, no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente”[34].

2.4.2.5. Adicionalmente, la Sala se pronunció sobre la figura de la reticencia o inexactitud en la declaración de riesgo. Sobre el particular, expuso que los contratos de seguro hacen parte de un régimen especial, más rígido que el derecho común, concebido con el propósito de proteger a la compañía aseguradora y a sus asegurados, quienes desarrollan su relación contractual sobre un estricto apego al principio de buena fe, por ello este ha sido un contrato definido como uberrimae fidei[35]. En este sentido, señala que existen eventos en los cuales el tomador de la póliza, sin culpa de su parte, incurre en inexactitudes o reticencias al momento de exponer su estado de riesgo, casos para los cuales, el inciso 3º del artículo 1058 del Código de Comercio otorga a la compañía aseguradora la posibilidad de cancelar sólo un porcentaje de la prestación asegurada[36].

2.4.2.6. En esa misma línea, la Sala sostuvo que el tratamiento anterior obedece a la necesidad de impartir una sanción más benigna sobre una conducta “inculpable” del tomador, lo cual emerge como una solución razonable si se considera que “es de menor entidad que la prevista para los eventos de la nulidad relativa del contrato, pero que, técnicamente considerada, de todas maneras conduce a una tarifación menor e inapropiada para el asegurador, que objetivamente introduce un factor de desequilibrio entre los contratantes”. Asimismo, explica que si bien la reducción proporcional de la prestación asegurada es una medida que puede reducirse o suprimirse contractualmente, la misma se encuentra dirigida a restablecer el equilibrio del contrato y en este sentido “no constituye agravio al derecho fundamental a la igualdad y no tiene por qué depender de una relación de causalidad entre lo inexacto u omitido y el siniestro efectivamente causado. En consecuencia, tampoco viola la Constitución”.

2.4.3.

Otro fallo relevante en materia de precedente se encuentra en la sentencia C-269 de 1999[37], donde la Sala Plena de esta Corporación resolvió una demanda de inconstitucionalidad presentada contra el artículo 82 de la Ley 45 de 1990, “por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones”.

2.4.3.1. En esta providencia, la Sala declaró exequible el artículo demandado, el cual dispone la terminación automática del contrato de seguro cuando el tomador incurre en

mora[38], pero, dentro del análisis desplegado por la Corte, se menciona que la actividad aseguradora es un servicio público revestido de unas particularidades que habilitan al legislador para determinar requisitos y procedimientos más estrictos a los cuales deben ceñirse los contratantes, donde se persigue la protección de la parte más débil, es decir, del asegurado o beneficiario.

En esa misma línea, indicó que el contrato de seguro se encuentra compuesto por los siguientes elementos: (i) interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable, (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador, de manera que, a falta de uno de ellos, el contrato no desplegará efectos. En este mismo sentido, explicó que este contrato se encuentra dentro de los márgenes de los principio de diligencia, equilibrio e igualdad, por los cuales se permite que la terminación automática del contrato en caso de incumplimiento.

Así también, señaló que la falta de compromiso del tomador en la declaración de su estado de riesgo rompe el principio de la buena fe contractual, por lo cual le asiste al tomador el deber de diligencia y cuidado para no agredir la confianza del asegurador en el desarrollo del contrato. De esta manera, afirmó que existe un beneficio legal justificable constitucionalmente que faculta al asegurador para terminar el contrato con ocasión al rompimiento del equilibrio contractual.

2.4.4.

Breve referencia a los aspectos más importantes del contrato de seguro en el derecho comparado.

En materia de derecho comparado no es óbice hacer referencia al marco europeo para estos contratos. En este plano también se ha reconocido la importancia de la buena fe contractual y el deber de fidelidad de las partes al momento de perfeccionar el contrato, así como la libre determinación que tiene el asegurador de excluir eventos o siniestros de ser amparados por el seguro y el monto de los mismos.

2.4.4.1. En este orden de ideas, dentro de los Principios de Derecho Europeo sobre Contrato de Seguros[39], es posible observar que el desarrollo de los mismos se enfoca en el derecho-deber de información veraz que le asiste a las partes del contrato, de manera que ambas se encuentran constreñidas a ofrecer unos datos íntegros, objetivos y

proporcionales acerca de los detalles que impulsan la voluntad negocial. Esta consideración parte del hecho que, dentro de este tipo de relaciones contractuales, uno de los mayores problemas que se presenta para su perfeccionamiento se encuentra en la capacidad de entendimiento jurídico y práctico del tomador, circunstancia que imprime complejidad a la etapa pre-contractual de este tipo de negocios.

2.4.4.2. En ese sentido, cabe citar la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Gran Sala), proferida el 1º de marzo de 2011, en el asunto C-236 de 2009, *Association belge des consommateurs Test-Achats y otros vs. Conseil des ministres*, en la que se resolvió la cuestión de si las empresas aseguradoras podían tomar como referencia el sexo del asegurado como elemento de diferenciación en la delimitación de la prima en estos contratos.

Para esta oportunidad, el Tribunal decretó de manera categórica que en las relaciones contractuales en las cuales exista un vínculo dirigido a que se haga efectivo un amparo en caso de acaecimiento de un riesgo, las entidades aseguradoras se encuentran en libre determinación para precisar el monto de la prima objeto de la prestación para el tomador.

2.4.4.3. Dentro de los estudios del derecho alemán en esta materia, se ha llegado a la conclusión que la fidelidad del tomador de la póliza al momento de declarar su estado de riesgo, debe manifestarse de forma *richtig, sorgfältig, verständlich, vollständig y zeitnah* (exacto, cuidadoso, comprensible, íntegro y actual)[40]. En este mismo sentido, según lo expone Abel B. Veiga Copo, si bien es cierto que los Principios de Derecho Europeo sobre Contrato de Seguros, en su artículo 2:101, hablan únicamente de deber de información, no es menos cierto el hecho que la declaración del estado de riesgo “no procede sino se hace de un modo completo, veraz, íntegro, claro, transparente”. Por esta razón, el contrato de seguro “[e]s un contrato de buena fe en el que el asegurador y tomador han de ser leales y honestos el uno para con el otro”.

2.4.4.4. Así también, dentro del derecho español, los artículos 7 y 1258 del CC y 57 del CdC consagran que este tipo de contratos deben ejercerse, interpretarse y ejecutarse de conformidad con la buena fe de las partes, por ser principio rector del desarrollo de toda relación jurídica inter partes. En este sentido, cabe precisar que el doctrinante VEIGA COPO

sostiene que la jurisprudencia española ha definido este contrato como *uberrimae bonae fide* (la STS de 8 de febrero de 1989 - RJ 1989, 761), toda vez que a las partes les asiste el máximo deber de colaboración y reciprocidad para perfeccionar el contrato y para “solventar todas las vicisitudes a las que pueden verse compelidas las partes en el devenir ulterior de las relación jurídica aseguraticia”.

2.4.5.

Ahora bien, en la etapa precontractual de este tipo de negocios, las empresas aseguradoras acostumbran solicitar la resolución de preguntas y formularios dirigidos a obtener una visión del estado de riesgo del tomador. De esta manera, el principio de buena fe obliga a estas compañías a formular cuestionamientos relevantes, serios, precisos y que se enfoquen en advertir la información realmente necesaria para determinar la selección o rechazo de los hechos que constituyen riesgo, por lo cual, dichas compañías no podrán presentar ofertas ambiguas, incomprensibles o lesivas para el tomador, pues cabe recordar que es la parte débil del contrato[41].

2.4.6.

En virtud de lo expuesto, es claro que en materia de seguros, el principio de buena fe se eleva a su mayor categoría como elemento que soporta la relación contractual, a diferencia de otro tipo de acuerdos de voluntades, donde no se presenta esta realidad con tanta intensidad. Así las cosas, el deber de fidelidad en la manifestación de voluntades siempre será bidireccional, pues, de una parte, corresponde al tomador de la póliza declarar las circunstancias que rodean su estado de riesgo; mientras que, por otra, asiste al asegurador el deber de exponer preguntas claras y precisas para determinar el estado del solicitante.

2.4.7.

No obstante lo anterior, si bien es cierto que en materia nacional e internacional los contratos de seguros se encuentran revestidos de unas características que permiten al asegurador determinar unilateralmente las condiciones del acuerdo de voluntades, no es menos cierto que el Legislador y la interpretación constitucional han permitido que dicho arbitrio sea encausado dentro de los postulados de protección a los derechos de los consumidores, especialmente

de aquellos que se encuentran en estado de debilidad manifiesta.

2.4.8.

Cláusulas abusivas en los

contratos de seguro y enfoque constitucional.

2.4.8.1. La relación contractual que enmarca este tipo de estipulaciones hace que la entidad aseguradora tenga cierta ventaja sobre el tomador al poner las condiciones bajo las cuales estaría dispuesta a realizar el pago. De esta manera, el adquirente no tiene posibilidad de deliberar, conciliar o controvertir las cláusulas del contrato con la compañía aseguradora, sino que debe aceptar el paquete como se lo ofrecen.

2.4.8.2. Lo anterior puede abrir la puerta para que las compañías aseguradoras y financieras impongan sobre el tomador una serie de requisitos y condiciones que pueden constituirse en un abuso de la posición contractual, sin que éste pueda ofrecer alternativas o modificaciones que sean más cómodas para el pago. Por esta razón, el ordenamiento ha dispuesto una serie de medidas con el fin de proteger a los consumidores y clientes de servicios financieros frente a dichos actos arbitrarios.

2.4.8.3. En este orden de ideas, en Colombia, la Ley 1328 de 2009 enmarca las normas en materia financiera, de seguros y del mercado de valores, para determinar una serie de responsabilidades que deben asumir las compañías que prestan servicios en estos campos, así como los derechos que le asisten a las personas que hacen uso de ellos. En este sentido, los artículos 11 y 12 fijan la prohibición de cláusulas abusivas en estos contratos y definen las mismas:

Artículo 11. Prohibición de utilización de cláusulas abusivas en contratos. Se prohíbe las cláusulas o estipulaciones contractuales que se incorporen en los contratos de adhesión que:

a) Prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los consumidores financieros.

b) Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor financiero.

c) Incluyan espacios en blanco, siempre que su diligenciamiento no esté autorizado

detalladamente en una carta de instrucciones.

e) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia.

Parágrafo. Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero.

Artículo 12. Prácticas abusivas. Se consideran prácticas abusivas por parte de las entidades vigiladas las siguientes:

a) El condicionamiento al consumidor financiero por parte de la entidad vigilada de que este acceda a la adquisición de uno o más productos o servicios que presta directamente o por medio de otras instituciones vigiladas a través de su red de oficinas, o realice inversiones o similares, para el otorgamiento de otro u otros de sus productos y servicios, y que no son necesarias para su natural prestación.

b) El iniciar o renovar un servicio sin solicitud o autorización expresa del consumidor.

c) La inversión de la carga de la prueba en caso de fraudes en contra de consumidor financiero.

d) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia.

Parágrafo. Las prácticas abusivas están prohibidas a partir de la entrada en vigencia de la presente norma y serán sancionables conforme lo dispone la Superintendencia Financiera de Colombia y la ley.

2.4.8.4. En ese mismo sentido, el 6 de septiembre de 2011, la Superintendencia Financiera expidió la Circular Externa No. 039, a través de la cual adicionó el numeral 10º al Capítulo Sexto del Título I de la Circular Externa 007 de 1996, con lo que aumentó el margen de cláusulas y prácticas abusivas dentro de los contratos con compañías financieras, de seguros y de valores. Sobre el particular, el documento establece que dichas entidades deberán abstenerse de “incurrir en conductas que conlleven abusos contractuales o de convenir cláusulas que puedan afectar el equilibrio del contrato o den lugar a un abuso de

posición dominante contractual”.

2.4.8.5. En esa misma línea, el precedente de esta Corporación ha tomado estas cláusulas abusivas en materia de seguros para hacer dúctil estos contratos cuando sea necesario aplicar los postulados constitucionales para la defensa de derechos fundamentales. Sobre el particular, es necesario citar la sentencia C-909 de 2012[42], por la que la Sala Plena de esta Corporación analizó una demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 2° literal d) (segmento), 11 literal e) y 12 literal d) de la Ley 1328 de 2009, “[p]or la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”.

En este pronunciamiento la Sala sostuvo que los principios constitucionales conducen a determinar que la libertad económica se encuentra plenamente protegida por la Constitución Política, pero la misma requiere de limitaciones legislativas con el fin de obtener un equilibrio entre el reconocimiento de las garantías necesarias para el intercambio económico y la supremacía del bien común, “en función de intereses generales que el constituyente ha identificado”.

De esa manera, la Sala explicó que las particularidades del contrato de seguro permiten al mismo desplegar sus efectos sobre el ámbito de protección a la libertad empresarial. No obstante, ello no quiere decir que se faculta al asegurador para ejercer un arbitrio contractual absoluto, pues la intervención estatal es necesaria para: (i) proteger otro principio constitucional, que es la igualdad de oportunidades; (ii) corregir imperfecciones de este mercado; (iii) permitir el acceso de estos bienes y servicios a todas las personas, especialmente “aquellas que cuentan con menores ingresos o se hallan en condiciones de debilidad manifiesta”.

2.4.8.6. De lo descrito se desprende que, si bien es cierto que en los contratos de seguros las compañías tienen libres atribuciones para fijar sus cláusulas, no es menos cierto que esta modalidad comercial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad

manifiesta.

2.4.9. El contrato de seguro de vida.

2.4.9.1. Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio. Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad contractual, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

2.4.9.3. El riesgo asegurable es aquel siniestro posible o probable que se pretende cubrir con el pago de la póliza. Su valoración se hará de conformidad a los hechos y circunstancias declaradas por el interesado al momento de exponer su estado de riesgo, por ello es importante que la manifestación que éste realice sea ajustada a la verdad, pues de acuerdo a ella la entidad aseguradora podrá precisar el monto a cubrir.

2.4.9.4. Por su parte, la prima o precio del seguro hace referencia a la suma o importe que deberá cancelar el asegurado para obtener la cobertura del riesgo valor[43]. Resulta como producto de la determinación que realiza la entidad aseguradora sobre los hechos y circunstancias expuestas por el tomador de la póliza. En relación con este concepto, el doctrinante VEIGA COPO expone que:

“El riesgo constituye el elemento esencial del contrato de seguro y, como tal, debe ser individualizado y delimitado. Riesgo es, en suma, aquella eventualidad que hace nacer una necesidad. A diferencia pues de otras relaciones contractuales en el que las partes hasta cierto punto, controlan autónomamente los elementos del contrato en el iter contractual, en el contrato de seguro, el asegurador en realidad no es capaz de apreciar en su totalidad el contenido y la solicitud y ulteriormente de la propuesta del tomador. Es decir, de todos los elementos y circunstancias que permiten realmente valorar la entidad e intensidad del riesgo, muchos de ellos están compuestos de datos referentes o bien a cosas, o bien a personas cuyo exacto conocimiento tanto presente como pasado sólo puede ser o estar en

condiciones de ser conocido por el asegurado, pues en no pocas ocasiones pertenecerá a su esfera íntima personal. La concreción de esa buena fe jurídica entre las partes, no sólo impregna el contrato sino también toda la legislación del contrato, siendo múltiples los artículos que bien directamente, bien de un modo indirecto alude a la misma a lo largo del articulado”.

2.4.9.5. El último de los elementos que integran el contrato de seguro es la obligación condicional del asegurador, la cual implica que dentro de este contrato el asegurador establece un marco delimitado de acción sobre el cual se desarrolla la ejecución de la póliza adquirida, de manera que únicamente serán cubiertos los daños ocasionados por los siniestros determinados en el contrato, es decir, que la obligación de hacer efectiva la póliza surgirá al momento en que acontezca alguno de los riesgos que se estipularon en el contrato de seguro. En este sentido, el asegurador no se encuentra obligado a pagar cualquier tipo de perjuicio que acaece sobre el tomador de la póliza, sino sólo en aquellos eventos discriminados y seleccionados por la entidad aseguradora dentro del contrato estipulado.

2.4.9.6. En este orden de ideas, cabe precisar que los elementos descritos deben desenvolverse sobre el plano que extiende el principio de buena fe en los contratos, pues en todos ellos es esencial que la declaratoria de voluntad se encuentre libre de vicios de voluntad para poder guardar el equilibrio de la relación. Así las cosas, el contrato de seguros se rige por un estricto cumplimiento del principio de buena fe entre las partes, toda vez que a partir de la declaración de voluntad emitida por el adquirente, el asegurador puede identificar los márgenes sobre los cuales se desplegarán los efectos de la póliza adquirida, y a su vez establecer la modalidad y el monto que debe pagar el adquirente.

Por lo anterior, la declaración que rinde el tomador del seguro al momento de contratar con la entidad aseguradora debe ajustarse a los términos de la verdad y mostrar la real condición de quien la obtiene, de lo contrario esto generaría una nulidad dentro del contrato que haría inviable la ejecución de la póliza.

Sin embargo, al momento de presentarse la declaratoria de estado de riesgo por parte del interesado en la póliza, es posible que se presenten alteraciones en los hechos y circunstancias expuestas que pueden dar lugar a un desequilibrio contractual. En este

sentido, se ha logrado identificar dos escenarios en los que puede ocurrir esta anomalía, precisados en las figuras de reticencia y preexistencia.

2.4.10. Reticencia o inexactitud.

Es una irregularidad en la manifestación de voluntad al momento de suscribir el contrato de seguro. Se presenta cuando el adquirente, al instante de tomar la póliza, rinde una declaración sobre su estado de riesgo que no se encuentra ajustada a la realidad, con lo cual induce a la entidad aseguradora a expedir una cobertura que no corresponde con su verdadera condición[44].

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia se configura cuando el tomador del seguro expone u omite unos hechos que, de haber sido conocidos por la entidad aseguradora, se habría emitido una póliza más onerosa[45], por ello se genera la nulidad relativa del seguro, a no ser que la inexactitud provenga de un error inculpable o haya sido subsanada por la aceptación de la entidad. En este sentido, la lectura de este artículo permite extraer las siguientes anotaciones sobre las singularidades jurídicas de esta conducta:

2.4.10.1. En primer lugar, el contrato de seguro se rige por el principio de buena fe entre los contrayentes, el cual impone a la parte adquirente la obligación de rendir una declaración sobre su estado de riesgo que sea ajustada a la realidad, sin importar que haya sido a través de cuestionario o exposición oral. De esta forma, la entidad aseguradora podrá expedir una póliza conforme a las circunstancias y extensión de los acontecimientos que se pretenden asumir.

2.4.10.2. En segundo lugar, en caso que la manifestación de voluntad haya incurrido en inexactitudes o reticencia (por omisión de datos) que recaigan sobre aspectos esenciales para determinar la disposición de la entidad aseguradora a contratar, o la onerosidad de la póliza a expedir, se configurará un vicio en la voluntad que dará lugar a nulidad relativa del contrato. En este evento la entidad aseguradora podrá adelantar el respectivo reclamo judicial por nulidad contractual y retener, a título de pena, el total de la prima.

No obstante lo anterior, el último párrafo del artículo 1058 C.Co estipula que dichas sanciones no procederán cuando el asegurador ha conocido o debido conocer las

circunstancias que generaron vicio en la declaración, o, en caso de haberlas conocido posteriormente, las subsane mediante su aceptación expresa o tácita.

2.4.10.3. En tercer lugar, en caso que la reticencia o inexactitud provengan de un error inculpable del tomador de la póliza (quien actuó de buena fe), el contrato será válido sólo en relación con aquellos aspectos asegurados que mantienen el equilibrio contractual. En el caso concreto de los seguros de vida, el artículo 1160 del Código de Comercio indica que: “[t]ranscurridos dos años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro de vida no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

Ello quiere decir que, en el caso particular de aquellos adquirentes que omitieron información relevante al momento de manifestar su estado de riesgo, pero sobre la cual tenían desconocimiento, la compañía de seguros no podrá demandar la nulidad del contrato, sino que deberá reducir el monto de la prestación asegurada para garantizar el equilibrio del mismo, a excepción de los seguros de vida, en los que una vez transcurridos dos años desde la expedición de la póliza, no podrá reducirse el monto de la prestación.

En este orden de ideas, el artículo 1161 del Código de Comercio establece que en caso de presentarse reticencia al momento de adquirir un seguro de vida, será necesario tener en cuenta lo siguiente: (i) si la edad del tomador supera los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato se sancionará conforme a lo dispuesto anteriormente (Art. 1058); (ii) si la edad del tomador supera la edad declarada, el seguro se reducirá a una proporción que guarde relación matemática con la prima anual que debe cancelar el adquirente; y (iii) si la edad del tomador es menor que la declarada, el valor del seguro se reducirá igualmente a una proporción que tenga relación matemática con la prima que deba cancelarse[46].

2.4.10.4. Ahora bien, sobre lo expuesto, la jurisprudencia constitucional no ha sido omisa, sino que se ha pronunciado al respecto. Sobre el particular, en la misma sentencia C-232 de 1997[47], la Sala Plena determinó que el tomador tiene una carga precontractual, consistente en exponer unos hechos y circunstancias ajustados a la verdad para lograr el equilibrio del contrato, de lo contrario se comete un incumplimiento por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las

respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse[48]. En este mismo sentido, explicó cómo, en materia de seguros, el Código de Comercio adoptó la rescisión de los contratos propia del derecho civil y estableció la posibilidad de acudir a esta figura cuando el contrato se encuentra fundado sobre inexactitudes o errores producidos por reticencias que, de no haberse presentado, habrían dado lugar a estipular condiciones más onerosas para el tomador[49]. Asimismo, la Sala sostuvo que es igualmente posible solicitar la nulidad del contrato cuando se expidió una póliza de seguros de buena fe y los datos omitidos dentro de la declaración guardan estrecha relación con el siniestro acontecido[50].

2.4.10.5. Igualmente, a través de sentencia T-086 de 2012[51], la Sala Octava de Revisión de esta Corporación analizó una acción de tutela presentada por un ciudadano a quien le habían diagnosticado invalidez total y permanente, pero la ejecución de su póliza de seguro de vida había sido negada por la aseguradora demandada. En esta ocasión, la Sala sostuvo que por virtud del principio de buena fe en los contratos, las partes se encuentran obligadas a mostrar honradez al momento de perfeccionar de pactar las condiciones del acuerdo, pues este elemento es esencial para interpretar las cláusulas del contrato, más aún si se tiene en cuenta que no sólo indica la manera como debe analizarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de sus obligaciones, sino también la eficacia del mismo[52].

En ese mismo sentido, en relación con la reticencia, citó las sentencias T-171 de 2003[53] y T-196 de 2007[54], a partir de las cuales explicó que consiste en una inexactitud en la declaración del estado de riesgo del tomador de la póliza, la cual vicia el consentimiento y es sancionada con nulidad relativa del seguro.

2.4.10.6. De esa misma forma, mediante sentencia T-902 de 2013[55], la Sala Primera de Revisión de esta Corte conoció de la acción de tutela interpuesta por unas accionantes que reclamaban la ejecución de las pólizas de seguros de vida adquiridas con la entidad aseguradora demandada, las cuales garantizaban el pago del saldo insoluto de los créditos por muerte, enfermedad grave o incapacidad total y permanente. En esta ocasión, la ejecución de las pólizas había sido negada por cuanto: (i) el certificado de invalidez de una de las accionantes había sido emitido por la Junta de Calificación de Invalidez del Seguro Social; y (ii) frente a la otra peticionaria se había configurado la prescripción, pues había

trascurrido más de 4 años desde la ocurrencia del siniestro.

En esta sentencia, la Sala expuso que los contratos de seguros pueden contener cláusulas vagas y ambiguas que llevan a una indeterminación de los conceptos respecto de situaciones fácticas particulares, casos en los cuales, opera el principio de interpretación favorable al consumidor por virtud del artículo 1624 del Código Civil, el cual establece que: “(...) las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”. De esta misma forma, indicó que el principio de buena fe rige las relaciones contractuales sobre las cuales se desenvuelve este tipo de contratos.

Por lo anterior, la Sala manifestó que las relaciones contractuales en temas de seguros tienden a ubicar en una posición dominante a la empresa aseguradora frente al adquirente, razón por la cual, la parte que redacta e impone las condiciones del contrato debe cumplir, por lo menos, con los siguientes requisitos: (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas que actúen en contra de los intereses del asegurado; y si las integran al contrato, (ii) deberán interpretarlas a favor del adquirente por virtud del principio pro costumatore, el cual es una figura que permite proteger a los usuarios de los contratos de seguro y propender por la eliminación de todos los elementos que generan inseguridad en la ejecución del contrato[56].

Además, la Sala sostuvo que la entidad accionada había vulnerado los derechos fundamentales de las peticionarias, pues: (i) eran sujetos de especial protección constitucional; (ii) ambas atravesaban una difícil situación a raíz del acaecimiento del siniestro; (iii) ambas se encontraban ante la amenazada de un perjuicio irremediable, pues como consecuencia de sus afecciones físicas no podían continuar con el pago del saldo insoluto.

2.4.11. Preexistencia.

2.4.11.1. Este fenómeno hace alusión a circunstancias que se presentaban con anterioridad a la etapa contractual y constituyeron un factor determinante en el acaecimiento del riesgo cubierto. En seguros de vida, permite a la entidad aseguradora abstenerse de ejecutar el pago de la póliza una vez haya verificado que el tomador sufría de

padecimientos previos al momento en que el contrato comenzó a surtir efectos, y que además tuvieron relación directa con su afectación.

2.4.11.2. Mediante sentencia T-015 de 2012[57], la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional analizó una acción de tutela interpuesta por una viuda que había sido amparada por una póliza de seguro de vida adquirida por su esposo en vida. En esta ocasión, la Sala indicó que la preexistencia se refiere a la posibilidad que tiene la entidad aseguradora de establecer una exclusión sobre aquel asegurado que padezca una enfermedad con anterioridad a la fecha en que la cobertura empezó a desplegar sus efectos y, además, su muerte sea consecuencia de dicha enfermedad[58].

2.4.11.3. Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en un fallo del día 21 de abril de 2015[59], expuso que la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: “existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen”, que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un “hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda”.

2.4.11.4. Ahora bien, los conceptos mencionados anteriormente sobre reticencia y preexistencia guardan ciertas diferencias que resulta necesario precisar en esta ocasión. Sobre el particular, a través de sentencia T-222 de 2014[60], la Sala Novena de Revisión de esta Corporación examinó varias tutelas acumuladas, en la que los peticionarios alegaban que les habían sido negadas sus pólizas de seguro de vida por preexistencia al momento de contraer las obligaciones. En esta oportunidad, la Sala expuso varias consideraciones en relación con dichos conceptos:

En primer lugar, explicó que la preexistencia es un concepto objetivo, mientras que la reticencia es un concepto subjetivo.

En segundo lugar, mencionó que la reticencia se refiere a una inexactitud en la información presentada por el tomador de la póliza al momento de celebrar el contrato, la cual es castigada con nulidad relativa como sanción a la mala fe.

En tercer lugar, manifestó que en ciertos eventos la preexistencia puede considerarse como

una reticencia, como en aquellos en donde el tomador tiene conocimiento de hechos que pueden hacer más onerosa la póliza y en este sentido se abstiene de declararlos.

En cuarto lugar, expuso que existen eventos en los que el tomador de la póliza no declara hechos preexistentes por no tener conocimiento de ellos, como aquellos relativos a enfermedades silenciosas o progresivas, en los que el adquirente no tenía posibilidad de tener pleno conocimiento de las circunstancias.

En los casos descritos, la sentencia asegura que el tomador no actuó de mala fe y por ello sería desproporcionado imponerle una carga que no puede cumplir, como lo es informar sobre hechos desconocidos. En quinto lugar, arguyó que en casos donde se presentó mala fe, la carga de la prueba corresponde a la entidad aseguradora, pues es la única que puede informar con certeza sobre: (i) el sobrecosto del contrato por los hechos omitidos; y (ii) que se abstendrá de celebrar el contrato[61].

2.4.12. Conclusiones.

2.4.12.1. En primer lugar, la Sala observa que el contrato de seguro de vida es una modalidad de contrato por la cual el tomador de la póliza se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte del adquirente, entrará a cubrir el daño sufrido por quienes estaban a su cargo. Este contrato se desarrolla dentro del marco establecido por el principio de buena fe de los contratantes, el cual, por un lado, obliga a la entidad aseguradora a presentar cláusulas claras y expresas en el contrato y, por otro, obliga al tomador a presentar una declaratoria sobre su estado de riesgo ajustada a la verdad y a sus antecedentes médicos.

2.4.12.2. En segundo lugar, a pesar de lo anterior, existen eventos en los que el tomador de la póliza omite exponer hechos esenciales para determinar el interés de la entidad aseguradora o el monto de la póliza a expedir, los cuales, configuran una reticencia cuando el adquirente tenía conocimiento de circunstancias anteriores al contrato y omitió declararlas en su estado de riesgo, de manera que el contrato estará viciado de nulidad relativa y la entidad aseguradora podrá, a título de sanción, retener el monto que ya se había cancelado. Mientras que, en otros eventos, a pesar de existir hechos determinantes anteriores a la adquisición de la póliza, no se constituirá mala fe del tomador por cuanto éste no tenía conocimiento de los hechos, casos en los cuales corresponderá a la

aseguradora demostrar lo contrario.

2.4.12.3. En tercer lugar, al cotejar lo expuesto con lo descrito en los subcapítulos anteriores, se desprende que en materia de contratos de seguros de vida la intervención estatal se erige como una actuación necesaria para proteger los derechos fundamentales de personas que puedan sufrir un siniestro que, a pesar de no estar amparado por la póliza adquirida, les ubica en un plano de debilidad manifiesta que afecta ostensiblemente sus condiciones de cumplimiento y por ende crea una amenaza frente a su derecho fundamental al mínimo vital.

2.4.12.4. En cuarto lugar, existe una orientación en la jurisprudencia constitucional que permite aplicar el principio *pro costumatore* en aquellos eventos en los que se pretenda proteger los derechos fundamentales de personas que hayan adquirido pólizas de seguros de vida frente a la posición dominante de las aseguradoras. Esta Corte ha buscado equilibrar las relaciones contractuales cuando hay personas en estado de debilidad manifiesta y por ello ha procedido a realizar interpretaciones a favor de éstas en cláusulas ambiguas del contrato.

2.5. DERECHO FUNDAMENTAL AL MÍNIMO VITAL- protección especial.

2.5.2. Su concepto permite desarrollar una plataforma a partir de la cual pueden considerarse otros derechos como: la vida, la integridad personal, la salud, el medio ambiente sano y la igualdad, cuya afectación puede representar un menoscabo a las condiciones mínimas que garantizan la existencia digna de una persona. Por esta razón, la garantía de este derecho se erige como una de las prioridades en materia de protección constitucional a la persona, ya que en sentido contrario sería casi imposible satisfacer otros derechos fundamentales en cabeza del individuo.

2.5.3. El acoplamiento de este derecho al sistema constitucional colombiano se produce a partir de la adopción del modelo de Estado Social de Derecho como forma de Estado que permite a los ciudadanos gozar de estándares mínimos de libertad y protección bajo los cuales pueden desplegar su vitalidad en la sociedad. Por esta razón, el concepto de mínimo vital implica que el Estado sea responsable por brindar condiciones sociales que permitan reducir la miseria a su más exigua expresión, de manera que toda persona cuente con garantías mínimas de acceso a bienes, productos y servicios que les posibiliten

satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

2.5.4. En ese sentido, cada ciudadano debe contar con la posibilidad de no ver afectada su vida en condiciones dignas como consecuencia de omisiones u actos ejecutados por particulares o entidades del sector público, que restrinjan y limiten el acceso a bienes y servicios esenciales para la sustento vital de cada individuo. Por esta razón, es obligación del Estado colombiano procurar que cada ser humano dentro del territorio nacional cuente con unos mínimos de satisfacción de sus necesidades básicas.

2.5.5. En este orden de ideas, mediante sentencia SU-995 de 1999[62], la Sala Plena de esta Corporación señaló que este derecho concibe la noción que un mínimo de condiciones decorosas de vida (vestido, alimentación, educación, salud, recreación, ambiente sano) no se circunscriben únicamente en la valoración económica de las necesidades biológicas básicas que requieren satisfacerse para subsistir, “sino con la apreciación material del valor de su trabajo, de las circunstancias propias de cada individuo, y del respeto por sus particulares condiciones de vida”.

2.5.6. De igual forma, a través de sentencia C-776 de 2003[63], la Sala Plena indicó que al protección de este derecho comprende todas las medidas necesarias para evitar que un individuo se vea mermado en “su valor intrínseco como ser humano debido a que no cuenta con las condiciones materiales que le permitan llevar una existencia digna”. Por esta razón, el Estado debe procurar que la persona no sea cosificada y tratada indignamente, pues este derecho protege contra “toda forma de degradación que comprometa no sólo su subsistencia física sino por sobre todo su valor intrínseco”.

2.5.7. Por lo anterior, este derecho adquiere mayor importancia cuando se trata de personas que afrontan condiciones especiales por las cuales deben ser consideradas como sujetos de especial protección constitucional. En este sentido, las personas en estado de vulnerabilidad o debilidad manifiesta, como: las mujeres embarazadas, las personas en condición de discapacidad, los inválidos, los enfermos no cubiertos por el sistema de salud y otros, son acreedores de recibir una atención primordial en eventos en los que vean amenazado o vulnerado este derecho.

2.5.8. Así también, el precedente ha sostenido que se desenvuelve en el plano de dos dimensiones: (i) por un lado, una dimensión positiva, a través de la cual se impone al Estado

y en algunas ocasiones a los particulares la obligación de suministrar las prestaciones necesarias para mantener las condiciones mínimas de vida una persona; y (ii) por otro lado, una dimensión negativa, que impide al Estado y los particulares ejercer actos que limiten o restrinjan el acceso a productos y servicios esenciales para que la persona lleve una existencia digna[64].

2.5.9. Asimismo, mediante sentencia C-100 de 2014[65], la Sala Plena de esta Corporación recogió los conceptos anteriormente señalados en sentencia C-776 de 2003 y adicionalmente expuso que el concepto de mínimo vital se encuentra estrechamente relacionado con los bienes y servicio de primera necesidad, los cuales son aquellos que “consumen sectores muy amplios de la población con el propósito de atender “aspectos vitales de sus necesidades básicas”.

De esa manera, agregó que los bienes y servicio de primera necesidad para la satisfacción del mínimo vital de un individuo, son aquellos que se dirigen estrictamente a satisfacer “el derecho a la subsistencia”, es decir, aquellos que permiten disponer de las condiciones “económicas y espirituales necesarias para la dignificación de la persona humana y el libre desarrollo de su personalidad”.

2.5.10. En síntesis, el derecho al mínimo vital permite a cada individuo ser amparado constitucionalmente para obtener el acceso a bienes y servicios esenciales para su subsistencia digna como ser humano. Esta protección no se limita en aspectos estrictamente económicos, sino que valora las condiciones particulares de cada persona para determinar el grado de atención que representaría su mínimo vital, y con ello evitar que sea reducida intrínsecamente a un estado de vida indecoroso.

La protección de este derecho en conflictos que surjan alrededor de contratos de seguros de vida se materializa a través de la intervención estatal, cuando en ellos se adviertan personas que se encuentran en estado de debilidad manifiesta a raíz de siniestros sufridos con posterioridad al acuerdo de voluntades. Ello permite interpretar a favor del tomador las cláusulas ambiguas del contrato y desplegar una consideración especial a pesar que el siniestro no se encuentre amparado por la póliza, ya que se busca reestablecer el equilibrio en las relaciones y evitar una afectación ostensible a este derecho fundamental.

2.6. DEBER DE SOLIDARIDAD DE COMPAÑÍAS ASEGURADORAS FRENTE A PERSONAS

EN ESTADO DE DEBILIDAD MANIFIESTA.

2.6.1. A partir de una perspectiva constitucional, debe precisarse que así como ocurre con los derechos de los consumidores y aquellos que son propios del ámbito comercial, también los derechos fundamentales deben atenderse y respetarse al momento de suscribir un contrato de seguro, puesto que en muchos eventos, los tomadores se ven en la necesidad de adquirir créditos para la satisfacción de necesidades básicas como educación o vivienda digna, pero el acaecimiento de un siniestro les ubica en una condición de incapacidad productiva que, junto a las deducciones de las cuotas del crédito, puede terminar por afectar ostensiblemente el ejercicio de sus derechos constitucionales.

2.6.2. Por esta razón, la jurisprudencia constitucional ha establecido que frente a las personas en estado de vulneración o indefensión existe un deber constitucional en cabeza de entidades financieras y bursátiles, que les impone la necesidad de ser solidarios y considerar la condición apremiante que puede estar afrontando el tomador, pues su desatención podría generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar el acaecimiento de un perjuicio irremediable.

2.6.3. En ese sentido, mediante sentencia T-520 de 2003[66], a través de la cual la Sala Quinta de Revisión de esta Corporación examinó una acción de tutela interpuesta por una persona que estuvo secuestrada sin que en este lapsus se hayan congelado o flexibilizado las condiciones de un crédito que había adquirido. En esta oportunidad, la Sala determinó que las entidades financieras tienen que asistir al deber de solidaridad frente a aquellos clientes y usuarios que se encuentran en imposibilidad de producir para aportar al pago de las cuotas.

Asimismo, la sentencia estableció que dichas entidades deben analizar las condiciones en las cuales se encuentran sus clientes y usuarios para fijar su capacidad de pago y determinar si deben proceder a flexibilizar las condiciones de cobro. Así, la Sala Quinta explicó que el principio de solidaridad impone a estas compañías la necesidad de entrar a renegociar los términos y condiciones contractuales para permitirle cumplir a aquellos individuos que no pueden ejecutar el desarrollo normal de sus actividades.

2.6.4. En la misma línea de la sentencia anterior, en fallo T-419 de 2004[67], la Sala Segunda de Revisión de esta Corte examinó una acción de tutela interpuesta por un

campesino y su núcleo familiar como consecuencia del desplazamiento forzado que sufrieron por parte del Frente 14 de las FARC. Para esta ocasión, el peticionario alegó que dicho suceso le afectó ostensiblemente sus capacidades para el cumplimiento de sus obligaciones crediticias y por ende se encontraba en un estado de vulnerabilidad que debía ser considerado por la entidad financiera.

En ese sentido, la Sala manifestó que el Estado y los particulares se encuentran en el deber de ser solidarios con aquellos individuos que se encuentran en estado de debilidad manifiesta y extender la ayuda en la medida de sus posibilidades. Por esta razón, concedió la protección invocada en el sentido de ordenar a la entidad financiera dar contestación a la solicitud del accionante mediante escrito en el cual se considerara su condición de desplazado para el tratamiento crediticio.

2.6.5. De igual forma, a través de sentencia T-312 de 2010[68], proferida por la misma Sala de Revisión que imparte sentencia en esta ocasión, se analizó la acción de tutela de una persona a quien le habían continuado generando intereses moratorios sobre el crédito adquirido, incluso después de haber sido desplazada por la violencia y encontrarse en imposibilidad para continuar con el pago de la deuda.

Para la resolución de dicho caso, esta Sala sostuvo que sobre las entidades que prestan servicios financieros recae una responsabilidad constitucional que les impone el deber ciudadano de ser solidarias con aquellos clientes y usuarios que devengan a un estado de debilidad manifiesta. En este sentido, se dispuso la cancelación de los cobros moratorios causados con posterioridad al desplazamiento y se ordenó a la entidad financiera renegociar los términos y condiciones del cobro para ser ajustados a las capacidades del actor.

2.6.6. Así también, cabe citar la sentencia T-328A de 2012[69], mediante la cual, la Sala Segunda de Revisión de esta Corporación estableció que las cláusulas del contrato de seguro no pueden aplicarse sin consideración a las particularidades de cada caso concreto, sino que deben analizarse los elementos fácticos para realizar una adecuación normativa que se encuentre ajustada a los postulados constitucionales.

Igualmente, dicha providencia establece que en los contratos de seguros de vida donde el tomador de la póliza deviene a un estado de debilidad manifiesta, existe un deber

constitucional de solidaridad que constriñe a las compañías aseguradoras a reevaluar las condiciones del cobro y adecuarlas a los principios fundamentales de la Carta Política. Así también, explica que el principio de debida diligencia, consagrado en el artículo 3º de la Ley 1328 de 2009, implica que el comportamiento de dichas entidades debe corresponder a las necesidades del consumidor.

2.6.7. En virtud de lo expuesto, esta Sala observa que las entidades financieras y aseguradoras deben desplegar las atribuciones de su libertad negocial dentro de los márgenes del principio de solidaridad constitucional, el cual les impone el deber de asistir y considerar las condiciones especiales de debilidad manifiesta que puedan estar afrontando sus clientes y usuarios, para de esta forma ajustar los cobros a los postulados constitucionales a través de la renegociación de las estipulaciones contractuales.

3. CASOS CONCRETOS

3.1. BREVE RESUMEN DE LOS HECHOS.

3.1.1. En esta oportunidad, los accionantes solicitan la protección de sus derechos fundamentales a la salud, vida, educación, vivienda digna, debido proceso, igualdad, vida digna, mínimo vital y petición, por cuanto estiman que los mismos han sido vulnerados por las entidades demandadas al negar la ejecución de las pólizas de seguro de vida adquiridas bajo el argumento que fueron reticentes en su declaración de estado de riesgo al momento de perfeccionar los contratos.

3.1.2. En el expediente T-5.283.342, el peticionario expone que sufrió un derrame cardiovascular que afectó ostensiblemente su capacidad laboral y produjo una disminución de sus posibilidades de generar ingresos para cubrir el crédito adquirido. En este mismo sentido, aduce que a partir de concepto médico aportado por él se deja constancia que dicha afectación no tiene relación con la hipertensión arterial que sufría antes de haber perfeccionado el contrato de seguros.

3.1.3. De igual forma, en el expediente T-5.335.030, el accionante alega que fue calificado con una pérdida de la capacidad laboral de un 100% a raíz de un tumor maligno en el

testículo. Sostiene que Colpatria Multibanca S.A. vulneró sus derechos fundamentales al negarle la ejecución de la póliza de seguro adquirida, pues la funcionaria encargada del trámite conocía sobre su estado de salud al momento del perfeccionamiento del contrato, ya que había ido hasta el centro médico para hacerle firmar los papeles.

3.1.4. En este orden de ideas, a continuación la Sala determinará la procedencia de las acciones de tutela bajo estudio, para luego desarrollar el examen pertinente de acuerdo a lo desarrollado en la primera parte.

3.2. ESTUDIO DE LOS PRESUPUESTOS FORMALES – procedencia de la acción de tutela.

En esta ocasión, la Sala encuentra que si bien en las acciones de tutela acumuladas los peticionarios no agotaron los recursos legales ordinarios con los cuales contaban para reclamar la protección de sus derechos, la condición especial de vulnerabilidad en la cual se encuentran permite proceder a realizar el estudio de fondo de las mismas. Sobre el particular, es necesario realizar las siguientes precisiones en torno al cumplimiento de las subreglas jurisprudenciales para estos efectos:

3.2.1. Subsidiariedad.

3.2.1.1. En esta ocasión la Sala considera que los mecanismos judiciales ordinarios pueden no ser eficaces en esta ocasión, en consideración a que las acciones ordinarias o ejecutivas civiles requieren del cumplimiento de una términos mucho más extensos y de la evacuación de una etapas procesales que podrían tardar un tiempo en el cual se generen perjuicios a las condiciones dignas de vida de los accionantes.

3.2.1.2. De igual forma, los actores son sujetos de especial protección constitucional a raíz de su delicado estado de salud y de las condiciones limitadas que afrontan para su desempeño productivo. Como se explicó anteriormente, en estos eventos se permite hacer dúctil la valoración del juez con el fin de ajustarla a los postulados fundamentales que protegen a las personas en condición de vulnerabilidad o debilidad manifiesta.

3.2.1.3. Así las cosas, dentro del expediente T-5.283.342, el señor Hamid Aljure Gaviria

sufre de secuelas permanentes a raíz de un accidente cerebrovascular y tiene una calificación de pérdida de la capacidad laboral de un 53.11%. Además, sus afirmaciones respecto de la responsabilidad económica que le asiste sobre su núcleo familiar, conformado por una esposa y un hijo universitario, no fueron desvirtuadas por la entidad accionada en este sentido se tomarán como ciertas.

3.2.1.4. Por su parte, en el expediente T-5.335.030 es necesario precisar que el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo sufre de un cáncer testicular con metástasis en otros órganos y por ello fue calificado con un grado de invalidez del 100%. Asimismo, del concepto médico emitido por la Junta Médica se desprende claramente que no se encuentra apto para continuar con el desempeño de la vida militar.

3.2.1.5. De igual forma, es necesario precisar que en el sub lite no se discute únicamente el pago de una suma de dinero, sino la relación inescindible que tiene la misma con los derechos fundamentales a la vida digna y al mínimo vital de los núcleos familiares aquí representados. La afectación física que sufren los accionantes hace posible que la valoración del juez constitucional sea más comprensiva en estos eventos, pues no se trata de resolver cuestiones estrictamente negócias, sino de atender al llamado de protección ante una posible vulneración de derechos fundamentales.

3.2.2. Inmediatez.

3.2.2.1. En los casos que fueron acumulados en esta ocasión no se advierte que hayan transcurrido plazos irrazonables que permitan desvirtuar la procedencia de esta acción de tutela. En ambos procesos los accionantes actuaron con debida diligencia y presentaron sus respectivas reclamaciones dentro de términos considerables y ajustados a su necesidad.

3.2.2.2. En el caso del expediente T-5.283.342, la última respuesta negativa dada por la entidad accionada al señor Hamid Aljure Gaviria se presentó el día dieciocho (18) de marzo del año dos mil quince (2015), mientras que la interposición de la acción de tutela se presentó el día ocho (08) de julio de ese mismo año, es decir, aproximadamente tres meses después.

3.2.2.3. Por su parte, en el expediente T-5.335.030, la última actuación del proceso de reclamación de póliza se presentó el día veintiocho (28) de julio dos mil quince (2015), casi

dos meses antes de la presentación de la acción de tutela el día treinta (30) de septiembre de ese mismo año. De esta manera no se observa negligencia alguna por parte del accionante.

3.2.3. Perjuicio irremediable.

3.2.3.1. La Sala observa que la condición de salud de los accionantes y sus ingresos moderados pueden ser circunstancias potenciadas con una deducción dineraria que podría afectar ostensiblemente el derecho a la vida digna de su núcleo familiar o incluso su mínimo vital. A partir de este contexto se logra advertir un indicio sobre amenaza de un perjuicio grave e irremediable para sus condiciones de vida, que da lugar a desplegar una interpretación pro homine sobre el caso para evitar futuros daños irreparables.

3.2.3.2. Así las cosas, también se advierte que los accionantes no cuentan con vivienda propia y han intentado acceder a los mecanismos de financiación que el sistema financiero nacional les ofrece. Los créditos adquiridos no están dirigidos a satisfacer un capricho humano, sino un derecho humano, una necesidad básica común para todos los habitantes del territorio nacional y que sin ella el individuo sufre afectación de otros derechos fundamentales que guardan estrecha relación con la vida digna.

3.2.4. Estado de indefensión.

3.2.4.1. En este caso se advierte que los accionantes se encuentran en estado de indefensión frente a las compañías aseguradoras y financieras que demandan, pues en la actualidad existe un desbalance en las relaciones contractuales que impide a los mismos continuar con el cumplimiento de sus obligaciones crediticias en las mismas condiciones con las cuales contaban al momento en que empezaron a correr efectos las estipulaciones.

3.2.4.2. La calificación de pérdida de la capacidad laboral con posterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro en ambos casos, así como la agravación de los padecimientos sufridos y los bajos ingresos percibidos por los accionantes, muestran el estado de vulnerabilidad en el cual se encuentran y hace de estas acciones de tutela materia susceptible de ser analizada de fondo por parte de esta Sala.

3.3. ESTUDIO DE LOS PRESUPUESTOS SUSTANCIALES – análisis de fondo.

3.3.1. Expediente T-5.283.342.

3.3.1.1. En este caso la Sala procederá a conceder la protección de los derechos fundamentales invocados por el señor Hamid Aljure Gaviria, quien logró demostrar que le asiste el derecho a ser cobijado por el amparo contenido en la póliza de seguro de vida adquirida con Liberty Seguros de Vida S.A. En este sentido, se expondrán las siguientes razones que sustentan esta decisión:

3.3.1.2. La afectación física que devino sobre el accionante se encuentra dentro de los riesgos amparados por la póliza de seguro de vida adquirida para cubrir el monto insoluto del crédito. El propósito de hacer suscribir al peticionario este contrato radicó en el hecho de evitar que posibles contingencias futuras afectaran su capacidad productiva y económica y de esta forma desencadenaran en un estado de mora insuperable.

3.3.1.4. En este orden de ideas, es notorio que los accidentes cerebrovasculares se encuentran expresamente consagrados como causal que permite activar la ejecución del amparo contenido en la póliza de seguro de vida descrita, para con ello cubrir el saldo de la obligación que ha quedado insoluto. Asimismo, se observa que sobre ellos no se establecen categorías u otro tipo de especificaciones dirigidas a discriminar algún tipo de manifestación, sino que se hace referencia genérica del asunto.

3.3.1.5. Ahora bien, sobre los accidentes cerebrovasculares, cabe precisar lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con las principales causas de riesgo que originan este padecimiento, de las cuales ha identificado las siguientes: hipertensión, colesterol alto, obesidad y tabaquismo[70]. De esta manera, para esta Sala es claro que la hipertensión arterial sí puede constituir una causa generadora de un derrame cerebral o accidente cerebrovascular.

3.3.1.6. Sin embargo, cabe precisar que también se presenta una patología llamada “angiopatía amiloide cerebral”, la cual, según la definición que de ella realiza la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU, consiste en: “una afección neurológica en la cual las proteínas llamadas amiloides se acumulan en las paredes de las arterias cerebrales. Esta afección incrementa el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico y demencia”.

3.3.1.7. Así también, sobre los síntomas de la angiopatía amiloide, dicho concepto médico establece que puede causar sangrado intercerebral, normalmente en los lóbulos o partes exteriores del cerebro, y no en partes profundas. Además, que no existe tratamiento efectivo conocido y los actuales se enfocan en aliviar los síntomas, que en algunos casos: (i) requiere rehabilitación para la debilidad o torpeza; (ii) medicamentos para tratar la memoria; y (iii) tratamientos para combatir las convulsiones.

3.3.1.8. De igual forma, la biblioteca norteamericana explica que la causa de la angiopatía amiloide cerebral se desconoce, pero que algunas veces puede ser congénita; asimismo, indica que su mayor factor de riesgo es la edad avanzada y se observa con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, con síntomas que tienen la particularidad que, al ser practicada la tomografía, “se presentan señales de que ha habido sangrado en el cerebro del que pudieron no haberse dado cuenta”. Así también, menciona que:

“La angiopatía amiloide cerebral es difícil de diagnosticar con certeza sin una muestra de tejido cerebral. Esto generalmente se realiza después de la muerte o cuando se hace una biopsia de los vasos sanguíneos del cerebro.

Un examen físico puede ser relativamente normal si usted tiene un pequeño sangrado, pero se pueden presentar algunos cambios en la función cerebral. Es importante que el médico le haga preguntas detalladas acerca de su historia clínica. Los síntomas y los resultados de su examen físico y cualquier examen imagenológico pueden llevar al médico a sospechar de este problema”[71].

3.3.1.9. A partir del concepto descrito, la Sala observa que la angiopatía amiloide cerebral es un padecimiento silencioso y progresivo sobre el cual aún no existe absoluta certeza científica, aunque tiene las siguientes características: (i) es una afección neurológica que aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular hemorrágico y demencia; (ii) sus causas se desconocen, pero puede ser congénita; (iii) se observa con frecuencia en personas mayores de 60 años de edad; (iv) sus síntomas son difíciles de diagnosticar; (v) puede generar debilidad o torpeza, así como convulsiones; y (vi) por lo general produce hemorragia sólo en los lóbulos del cerebro.

3.3.1.10. En este orden de ideas, la Sala advierte que los derrames cerebrovasculares pueden ser causados por hipertensión arterial o por angiopatía amiloide cerebral, pero que,

en uno u otro caso, corresponde al equipo médico tratante realizar los estudios pertinentes que conlleven a determinar el nexo que puede existir entre el accidente y la causa bajo sospecha. De manera que no basta con alegar simplemente alguno de los factores de riesgo, sino que siempre será necesario el estudio médico que así lo demuestre.

3.3.1.11. En virtud de lo expuesto, la Sala encuentra que el señor Hamid Aljure Gaviria sufrió el accidente cerebrovascular el día doce (12) de febrero de dos mil catorce (2014), dos años después de haber adquirido la póliza de seguro de vida, pero de su historia clínica se desprende que sufría de hipertensión antes de haber perfeccionado el contrato con Liberty Seguros S.A. (Cd. 2, Fls. 80-259). En este sentido, sería lógico pensar que su afección tuvo como causa la hipertensión arterial sufrida con anterioridad al contrato y, por lo tanto, afirmar que no podría acceder a la ejecución del amparo crediticio.

3.3.1.12. No obstante lo anterior, el accionante afirma que la causa de su accidente radicó en la angiopatía amiloidea cerebral, para lo cual aportó concepto emitido por el médico tratante John Jairo Abello, del Instituto Clínico Quirúrgico del Huila (Cd. 2, Fls. 30-31), en el cual certifican que el accionante sufrió un infarto hemorrágico temporoparietal derecho y un infarto occipital isquémico como complicación adicional. Sobre el particular, el galeno afirma: “[e]n mi experiencia clínica esta lesión se corresponde generalmente con una angiopatía amiloide -patología no asociada con HTA”.

3.3.1.13. Así las cosas, si se tiene en cuenta que la expresión temporoparietal hace referencia a la unión ósea que se presenta entre el hueso temporal y el hueso parietal, y que ambos se dividen en lóbulos izquierdos y derechos que pueden constituir zonas superficiales y profundas del cerebro[72], eso significaría que el concepto médico aportado por el accionante trata de explicar que el sangrado se produjo en una zona lateral derecha del cerebro (lóbulo) y, probablemente, en un área superficial.

3.3.1.14. En esa misma línea, se observa que el señor Hamid Aljure Gaviria hace referencia a una hemorragia en la zona lateral derecha del cerebro (lóbulo), con secuelas como: pérdida de la periferia izquierda de ambos ojos, sordera, problemas de locomoción, convulsiones y problemas mentales. En este sentido, la Sala encuentra que varias de ellas son precisamente las señales por la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU como consecuencias propias de la angiopatía amiloide cerebral.

3.3.1.15. De esa manera, correspondía al equipo médico de Liberty Seguros S.A. controvertir dicho material probatorio a través de un examen serio que desvirtuara el nexo causal entre el padecimiento del accionante y la angiopatía amiloide cerebral, para dar lugar a demostrar que efectivamente la hipertensión arterial fue la causa que generó el accidente cerebrovascular. Sin embargo, la defensa sólo se limitó a realizar una afirmación con base en definiciones genéricas frente a las cuales no existió un estudio fundamentado que demostrara la causalidad entre los afirmado y el accidente padecido por el actor.

3.3.1.16. En ese sentido, como se expuso en el acápite de las consideraciones de esta providencia, los contratos de seguros, sus cláusulas y disputas deben ser interpretadas en virtud del principio constitucional pro homine o pro costumatore, el cual permite desplegar una valoración a favor del tomador de la póliza de seguro cuando existan ambigüedades en la ejecución del contrato o en consideración al estado de indefensión que ostenta frente a la entidad aseguradora, especialmente en aquellos eventos en que existen reclamantes con impedimentos en su capacidad productiva.

3.3.1.17. Por lo anterior, la Sala encuentra que Liberty Seguros S.A. no desplegó la diligencia probatoria que le hubiese permitido desvirtuar las afirmaciones del accionante, sino que únicamente se enfocó en sostener con simplicidad que la consignación expresa de hipertensión arterial en la historia clínica del accionante era motivo suficiente para determinar con absoluta certeza médica que dicha afección fue la causa del accidente cerebrovascular sufrido por el actor dos años después de haber adquirido la póliza de seguro de vida.

3.3.1.18. Así también, como se expuesto en las consideraciones de esta providencia, el principio de buena fe de las partes en los contratos de seguro imponía a Liberty Seguros de Vida S.A. la necesidad de desvirtuar la buena fe del accionante. Esto no bastaba con una simple afirmación, sino que correspondía argumentar probatoriamente mediante exámenes médicos que en efecto existió una conducta dolosa por parte del tomador, dirigida a confundir o hacer caer en el error a la compañía aseguradora.

3.3.1.19. Por otra parte, la Sala encuentra que el señor Hamid Aljure Gaviria realizó una segunda reclamación de su póliza de seguro luego de haber solicitado el concepto médico del Instituto Clínico Quirúrgico del Huila, la cual fue respondida por parte de Liberty

Seguros S.A. mediante escrito en el que le afirmaron que reconsiderarían su solicitud, la remitirían al área encargada y darían respuesta de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio[73]. En este sentido, dicho artículo establece que:

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

3.3.1.20. En consideración a lo descrito, es claro que la respuesta otorgada por la entidad financiera accionada expone sin condicionamientos que se reconsidera la solicitud del actor y se dará la respuesta de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio, lo cual da a entender que se procederá a la ejecución del amparo contenido en la póliza de seguro dentro del mes siguiente a presentación de los conceptos médicos.

3.3.1.21. Así las cosas, si lo pretendido por la entidad accionada era contestar el derecho de petición para informar que se haría nuevamente el estudio de desembolso a raíz del nuevo material médico aportado y, en ese sentido, era necesario esperar hasta el nuevo concepto para determinar la ejecución o no del amparo crediticio, la respuesta brindada al accionante debía haber hecho estas precisiones con sus respectivas anotaciones expresas, sin dejar lugar a ambigüedades.

3.3.1.22. De igual forma, se advierte que el señor Aljure Gaviria no cuenta con vivienda propia y aspira a tener una por intermedio de un crédito para estos efectos, pero el mismo depende del rendimiento eficiente su comportamiento como pagador. En este sentido, el amparo del accionante no se encuentra dirigido solamente a garantizar el pago del crédito de mejora de vivienda, sino que ayudará a dicho núcleo familiar a tener la posibilidad de acceder a uno para la adquisición de su propio hogar.

3.3.1.23. Conclusión.

En consideración a las razones esbozadas, la Sala procederá a revocar la sentencia del veinticuatro (24) de diciembre de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Tercero

Civil del Circuito de Neiva, Huila, que confirmó en todas sus partes la sentencia de primera instancia emitida el dieciocho (18) de agosto de dos mil quince (2015) por el Juzgado Décimo Civil Municipal de Neiva, Huila, que declaró improcedente la protección constitucional solicitada.

En su lugar, se concederá la protección a los derechos fundamentales invocados y se ordenará a Liberty Seguros S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro de vida reclamada por el señor Hamid Aljure Gaviria.

3.3.2. Expediente T-5.335.030.

3.3.2.1. Del expediente puesto a consideración para su revisión en esta ocasión, se advierte que el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo tiene 25 años de edad y desde el mes de marzo de 2014 se encuentra en tratamiento de quimioterapia a raíz de un cáncer en el testículo con metástasis a otros órganos. Dos meses después, el veintisiete (27) de junio de dos mil catorce (2014), suscribió la póliza de seguro de vida reclamada, que asciende a un valor de \$11.000.000.

3.3.2.2. De igual forma, el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo, el día catorce (14) de septiembre de dos mil catorce (2014), recibió incapacidad total y permanente por parte de la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, con una pérdida de la capacidad laboral del 100%. Así las cosas, la Sala observa que el accionante se encuentra en un estado de imposibilidad absoluta para producir laboralmente ingresos que le permitan cubrir con el pago de las cuotas correspondientes al crédito adquirido. De hecho, según el concepto médico rendido por el cuerpo médico, el actor requiere la ayuda de una persona para el desarrollo del 25% de sus actividades cotidianas, lo que muestra el grave estado de salud e invalidez que padece.

3.3.2.3. En ese mismo sentido, a pesar de no existir referencia alguna sobre la actividad laboral del actor, su salario, su trámite de pensión de invalidez o las características de su núcleo familiar, a partir de llamada telefónica realizada desde esta Corporación al accionante el día catorce (14) de abril de dos mil dieciséis (2016), se lograron corroborar los siguientes datos: (i) se desempeñaba como soldado profesional del Ejército Nacional; (ii)

actualmente no trabaja; (iii) le fue reconocida una pensión de invalidez por valor de \$1.036.181, con descuentos oficiales que la dejan en \$994.748; (iv) no tiene hijos y vive con su madre; y (v) se mantiene en tratamiento médico.

3.3.2.4. De esa manera, se advierte que el accionante continúa con imposibilidad para generar ingresos autónomamente y además goza de una pensión de invalidez que representa un valor ajustado para asegurar el sustento de su mínimo vital y el desarrollo de su vida digna. Así que el estado de vulneración y debilidad manifiesta persiste y afecta ostensiblemente las capacidades del actor para cumplir con las condiciones iniciales del contrato crediticio.

3.3.2.5. En virtud de lo anterior, esta Sala no puede desconocer la realidad actual que afronta el accionante como persona inválida, que le ubica en un estado de debilidad manifiesta frente a Colpatria Multibanca -seccional Cali- y Cardiff Colombia Seguros Generales S.A., con un desequilibrio contractual que puede afectar su derecho al mínimo vital y a la vida digna. Así como tampoco pueden hacerlo las entidades accionadas, quienes se encuentran en el deber constitucional de ser solidarios y considerar las condiciones de sus clientes y usuarios.

3.3.2.6. Según se expuso en el acápite de las consideraciones de esta providencia, el precedente constitucional ha señalado que: (i) corresponde a la entidad aseguradora probar la mala fe del tomador del seguro[74]; y (ii) “la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos”[75]. De esta manera, existe una carga probatoria en cabeza del asegurador.

3.3.2.7. En este orden de ideas, si bien el accionante conocía su estado de salud, el mismo no fue ocultado a la aseguradora, pues como se extrae de la reseña de los antecedentes, el actor se encontraba hospitalizado en el Hospital Militar de Bogotá al momento de diligenciar los formularios, los cuales fueron llevados hasta ese lugar por el asesor comercial de la entidad accionada. Asimismo, se advierte que dicha entidad tampoco cumplió con la carga de la prueba que le asistía, toda vez que no realizó los exámenes médicos necesarios para determinar con mayor exactitud el riesgo en el contrato.

3.3.2.8. Así las cosas, de conformidad con lo establecido por el precedente constitucional y el artículo 1058 del Código de Comercio en materia de reticencia, se puede entender que en

este caso dicha situación se subsanó mediante la aceptación tácita de Colpatria Multibanca, quien, al saber sobre la condición del accionante, procedió a perfeccionar el contrato. En este sentido, el asesor comercial tenía conocimiento que el tomador padecía de una afección, por lo que, al no ponerla de presente en el momento de llevar a cabo la negociación, debe asumirse, conforme lo ha señalado el precedente, que la póliza también cubría esa patología.

3.3.2.9. Conclusión.

Por las razones descritas, esta Sala procederá a revocar la sentencia del día trece (13) de octubre de dos mil quince (2015), proferida por el Juzgado Décimo civil Municipal de Santiago de Cali, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada. En su lugar, se procederá a conceder la protección a los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna del señor Brayan Alexander Yusti Mellizo.

De igual forma, se ordenará a la compañía Colpatria Multibanca -seccional Cali- y a la compañía Cardiff Colombia Seguros Generales S.A., que en el término de cinco (5) días hábiles contados a partir de la notificación del presente asunto, procedan a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la póliza de seguro de vida adquirida por el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo, que cubre el crédito de referencia No. 207400081516.

4. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO.- REVOCAR la sentencia del 24 de diciembre de 2015, proferida por el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Neiva, Huila, que confirmó en todas sus partes la sentencia de primera instancia emitida el 18 de agosto de 2015 por el Juzgado Décimo Civil Municipal de Neiva, Huila, que declaró improcedente la protección constitucional solicitada. En su lugar, CONCEDER la protección a los derechos fundamentales invocados por el señor Hamid Aljure Gaviria.

SEGUNDO.- ORDENAR a Liberty Seguros S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro de vida reclamada por el señor Hamid Aljure Gaviria, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- REVOCAR la sentencia del día 13 de octubre de 2015, proferida por el Juzgado Décimo civil Municipal de Santiago de Cali, que declaró improcedente la acción de tutela instaurada. En su lugar, CONCEDER la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna del señor Brayan Alexander Yusti Mellizo.

CUARTO.- ORDENAR a la compañía Colpatria Multibanca -seccional Cali- y a la compañía Cardiff Colombia Seguros Generales S.A., que en el término de cinco (5) días hábiles contados a partir de la notificación del presente asunto, procedan a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la póliza de seguro de vida adquirida por el señor Brayan Alexander Yusti Mellizo, que cubre el crédito de referencia No. 207400081516.

QUINTO.- Por Secretaría General de la Corte Constitucional, líbrese la comunicación de que trata el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, publíquese y cúmplase.

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ALBERTO ROJAS RÍOS

Magistrado

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

Con aclaración de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaría General

ACLARACIÓN DE VOTO DEL MAGISTRADO

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

A LA SENTENCIA T-240/16[76]

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Se presenta un caso de preexistencia no oponible al asegurado (Aclaración de voto) /ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza (Aclaración de voto)

Las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza. Más que los asegurados, las aseguradoras tienen la opción de conocer el verdadero estado de salud de aquellos, a través de los correspondientes exámenes, por lo que, si negligentemente no lo hacen, luego no les es dable rechazar el pago del seguro a causa de una supuesta preexistencia.

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-La empresa no solicitó la práctica de exámenes médicos al asegurado al momento de perfeccionar el acuerdo de voluntades, por tanto no podía alegar preexistencia (Aclaración de voto)

Con independencia de la causa del accidente padecido por el demandante, alegada por la accionada como anterior al contrato, lo relevante en este caso era que la empresa, además de comunicar y darles a entender a un grupo de empleados del INPEC, entre ellos al actor, que la póliza cubría todas las formas de enfermedad grave, sin importar padecimiento previo de alguna de ellas, no solicitó la práctica de exámenes médicos al asegurado al momento de perfeccionar el acuerdo de voluntades, de manera que luego no podía plantear que la causa de su afección preexistía a la adquisición del seguro.

En el citado expediente, el afectado sufrió un accidente cerebrovascular que le dejó como

secuelas pérdida de la periferia izquierda de ambos ojos, sordera, dificultades en la locomoción, propensión a convulsiones epilépticas y “problemas mentales”. Liberty Seguros argumentaba que la afección había sido consecuencia de la hipertensión arterial que, desde antes de la adquisición de la póliza, el paciente padecía, por lo cual, se trataba de una preexistencia no cubierta por el seguro de vida adquirido con la empresa. A su turno, además de reclamar el derecho a la luz de la jurisprudencia constitucional, el accionante señalaba que el derrame cerebral no había tenido como causa la hipertensión arterial sino una lesión denominada “angiopatía amiloide”, según el concepto de un grupo de especialistas en neurocirugía consultados.

En razón de la discusión entre la aseguradora y el tomador, la providencia se adentra en un análisis técnico, a partir de bibliografía médica, y llega a la conclusión de que el tipo de accidente padecido por el peticionario puede ser ocasionado por cualquiera de los dos factores alegados por las partes en este caso y que, para exonerarse de responsabilidad, correspondía a la aseguradora desvirtuar lo sostenido por el beneficiario. Como así no procedió y, en atención a que el amparo garantizaría al accionante un “buen comportamiento crediticio” y, por consiguiente, la posibilidad de acceder a un préstamo para vivienda, concede la protección constitucional.

En lugar de los anteriores razonamientos, a mi juicio, el asunto planteaba un caso típico de preexistencia no oponible al asegurado. Conforme a una de las subreglas indicadas en la Sentencia C-222 de 2014[77], las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza. Más que los asegurados, las aseguradoras tienen la opción de conocer el verdadero estado de salud de aquellos, a través de los correspondientes exámenes, por lo que, si negligentemente no lo hacen, luego no les es dable rechazar el pago del seguro a causa de una supuesta preexistencia.

En consecuencia, con independencia de la causa del accidente padecido por el demandante, alegada por la accionada como anterior al contrato, lo relevante en este caso era que la empresa, además de comunicar y darles a entender a un grupo de empleados del INPEC, entre ellos al actor, que la póliza cubría todas las formas de enfermedad grave, sin importar padecimiento previo de alguna de ellas, no solicitó la práctica de exámenes médicos al asegurado al momento de perfeccionar el acuerdo de voluntades, de manera

que luego no podía plantear que la causa de su afección preexistía a la adquisición del seguro. Esta, a mi juicio, era la razón para conceder el amparo solicitado.

Fecha ut supra,

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA

Magistrado

[1] Ver, entre otras sentencias: T-290 de 1993 y T-482 de 1993, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-513 de 1993, M.P. Hernando Herrera Vergara; T-083 de 1994, M.P. Jorge Arango Mejía; T-139 de 1994, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-232 de 1994, M.P. Fabio Morón Díaz; T-340 de 1994, M.P. Alejandro Martínez Caballero; T-077 de 1995, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; T-164 de 1995, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-100 de 1997, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; SU-111 y T-119 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; T-331 de 1997, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-618 y T-619 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-627 y T-628 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; SU-646 de 1999, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-649 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; T-716 de 1999, M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-728 de 1999, M.P. Álvaro Tafur Galvis; T-731 de 1999, M.P. Carlos Gaviria Díaz; T-736 de 1999, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa; T-788 de 1999, M.P. Fabio Morón Díaz; T-871 y T-981 de 1999, M.P. Antonio Barrera Carbonell; T-976 de 1999, M.P. Fabio Morón Díaz; SU-913 de 2001, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; SU-713 de 2006, M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[2] M.P. Álvaro Tafur Galvis.

[3] *Ibíd.*: “Ha recalcado en su jurisprudencia esta Corporación que la acción de tutela no puede convertirse en un instrumento adicional o supletorio al cual se pueda acudir cuando se dejaron de ejercer los medios ordinarios de defensa dentro de la oportunidad legal, o cuando se ejercieron en forma extemporánea, o para tratar de obtener un pronunciamiento más rápido sin el agotamiento de las instancias ordinarias de la respectiva jurisdicción. Su naturaleza es la de ser un medio de defensa judicial subsidiario y residual que sólo opera cuando no existe otro instrumento de protección judicial, o cuando a pesar de existir, se invoca como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

[4] M. P. Jaime Córdoba Triviño.

[5] Ibíd. T-406 de 2005: “El fundamento constitucional de la subsidiariedad, bajo esta perspectiva, consiste en impedir que la acción de tutela, que tiene un campo restrictivo de aplicación, se convierta en un mecanismo principal de protección de los derechos fundamentales. En efecto, la Constitución y la ley estipulan un dispositivo complejo de competencias y procesos judiciales que tienen como objetivo común garantizar el ejercicio pleno de los derechos constitucionales, en consonancia con el cumplimiento de los demás fines del Estado previstos en el artículo 2 Superior. Por tanto, una comprensión ampliada de la acción de tutela, que desconozca el requisito de subsidiariedad, vacía el contenido de las mencionadas competencias y, en consecuencia, es contraria a las disposiciones de la Carta Política que regulan los instrumentos de protección de los derechos dispuestos al interior de cada una de las jurisdicciones”.

[6] La sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa, estableció ciertos elementos que deben configurarse para estimar la existencia de un perjuicio irremediable, a saber: (i) un perjuicio inminente, (ii) medidas que deben adoptarse de manera urgente frente al mismo; y (iii) que el peligro emergente sea grave; de ese modo la protección de los derechos fundamentales se tornaría impostergable.

[8] Ver entre otras sentencias: T-086, T-743 y T-825 de 2007, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-808 de 2007, M.P. Catalina Botero Marino; T-055 de 2008, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-766 y T-095 de 2008, M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra; T-189 de 2009, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva; T-265 de 2009, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto; T-301 de 2009, M.P. Mauricio González Cuervo; T-965 de 2009, M.P. María Victoria Calle Correa; T-883 de 2009, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo; T-1003 de 2012, M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[9] Existen variables metodológicas acerca de los términos de inmediatez, como en acciones de tutela que se presentan por presuntos errores judiciales en procesos ejecutivos hipotecarios, en los cuales se entiende que el peticionario cuenta con la posibilidad de ejercer la acción de tutela hasta tanto el proceso ejecutivo no haya culminado mediante sentencia. Ver entre otras sentencias: T-282 y T-495 de 2005, M.P. Rodrigo Escobar Gil; T-294, T-444, T-918, T-909 y T-700A de 2006, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa; T-1009 de

2006, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-178 de 2012, M.P. María Victoria Calle Correa; T-357 de 2014, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[10] M. P. Vladimiro Naranjo Mesa.

[11] Ibíd. SU-961 de 1999: “Teniendo en cuenta este sentido de proporcionalidad entre medios y fines, la inexistencia de un término de caducidad no puede significar que la acción de tutela no deba interponerse dentro de un plazo razonable. La razonabilidad de este plazo está determinada por la finalidad misma de la tutela, que debe ser ponderada en cada caso concreto. De acuerdo con los hechos, entonces, el juez está encargado de establecer si la tutela se interpuso dentro de un tiempo prudencial y adecuado, de tal modo que no se vulneren derechos de terceros. Si bien el término para interponer la acción de tutela no es susceptible de establecerse de antemano de manera afirmativa, el juez está en la obligación de verificar cuándo ésta no se ha interpuesto de manera razonable, impidiendo que se convierta en factor de inseguridad, que de alguna forma afecte los derechos fundamentales de terceros, o que desnaturalice la acción”.

[12] M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

[13] M.P. Jaime Córdoba Triviño.

[14] En los términos del Magistrado sustanciador: “[q]ue se cumpla el requisito de la inmediatez, es decir, que la tutela se hubiere interpuesto en un término razonable y proporcionado a partir del hecho que originó la vulneración. De lo contrario, esto es, de permitir que la acción de tutela proceda meses o aún años después de proferida la decisión, se sacrificarían los principios de cosa juzgada y seguridad jurídica ya que sobre todas las decisiones judiciales se cerniría una absoluta incertidumbre que las desdibujaría como mecanismos institucionales legítimos de resolución de conflictos”.

[15] Con excepción de aquellos eventos en que la jurisprudencia constitucional ha determinado concretamente hasta cuándo caduca el plazo de inmediatez, como el descrito anteriormente en relación con procesos ejecutivos hipotecarios.

[16] Constitución Política de Colombia, artículo 335: “Las actividades financiera, bursátil, aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo, aprovechamiento e inversión de los

recursos de captación a las que se refiere el literal d) del numeral 19 del artículo 150 son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley, la cual regulará la forma de intervención del Gobierno en estas materias y promoverá la democratización del crédito”.

[17] Decreto 2591 de 1991, artículo 42: “[p]rocedencia. La acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos:

1. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de educación para proteger los derechos consagrados en los artículos 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 27, 29, 37 y 38 de la Constitución.

2. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de salud para proteger los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía.

3. Cuando aquel contra quien se hubiera hecho la solicitud esté encargado de la prestación de servicios públicos domiciliarios.

4. Cuando la solicitud fuere dirigida contra una organización privada, contra quien la controle efectivamente o fuere el beneficiario real de la situación que motivó la acción, siempre y cuando el solicitante tenga una relación de subordinación o indefensión con tal organización.

5. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud viole o amenace violar el artículo 17 de la Constitución.

6. Cuando la entidad privada sea aquella contra quien se hubiere hecho la solicitud en ejercicio del habeas data, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Constitución.

7. Cuando se solicite rectificación de informaciones inexactas o erróneas. En este caso se deberá anexar la transcripción de la información o la copia de la publicación y de la rectificación solicitada que no fue publicada en condiciones que aseguren la eficacia de la misma.

8.. Cuando el particular actúe o deba actuar en ejercicio de funciones públicas, en cuyo caso se aplicará el mismo régimen que a las autoridades públicas.

9. Cuando la solicitud sea para tutelar la vida o la integridad de quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión respecto del particular contra el cual se interpuso la acción. Se presume la indefensión del menor que solicite la tutela”.

[18] En relación con el perjuicio irremediable, la sentencia T-225 de 1993, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa, estableció ciertos elementos que deben configurarse para estimar la consolidación de esta afectación, a saber: (i) un perjuicio inminente; (ii) medidas que deben adoptarse de manera urgente frente al mismo; y (iii) que el peligro emergente sea grave; de ese modo la protección de los derechos fundamentales se tornaría impostergable.

[19] Ver sentencia T-738 de 2011, M.P. Mauricio González Cuervo.

[20] Ver sentencia T-222 de 2004, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.

[22] M.P. María Victoria Calle Correa.

[23] Ibíd. T-751 de 2012: “[a]hora bien, al referirse a las compañías de seguros, esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, resulta procedente el amparo constitucional. Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría cabida la tutela, pues el conflicto se dirimiría ante la jurisdicción ordinaria, pero si tiene efectos sobre la vida o el mínimo vital de una persona puede ser viable la acción de tutela para amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial”.

[24] M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[25] M.P. Gloria Stella Ortíz Delgado.

[26] Ibíd. T-865 de 2014. Comparar: “[a]hora bien, la Corte ha conocido casos en los que, en el marco del contrato de seguros, la discusión jurídica sobre el eventual deber de la aseguradora de asumir el pago, se presenta paralelamente a la posible ocurrencia de un

perjuicio irremediable, por ejemplo, ante la imposibilidad de contar con los medios para asegurar el mínimo vital. Ante la existencia de un perjuicio irremediable, no puede el Estado dejar de tramitar de forma urgente y preferente, una medida judicial que pretende enfrentar la afectación a los derechos fundamentales, ni puede exigirle a la persona que solicita la protección de sus derechos, que inicie un proceso judicial que no tiene la capacidad de resolver su asunto con la rapidez requerida. (...) La Corte ha evidenciado también, que se presenta un perjuicio irremediable cuando a falta de pago del seguro, el accionante se ve obligado a sufragar gastos, pero no cuenta con recursos para ello, ni está en capacidad de trabajar, por eso pone en riesgo su mínimo vital, vida digna, salud o vivienda digna. En esos casos, se hace urgente la protección del mínimo vital, y por consiguiente, será posible revisar el problema jurídico de fondo, pues si se exige que se tramite a través de la jurisdicción ordinaria, la protección de los derechos puede resultar insuficiente al momento en que se produzca el fallo”.

[27] Comparar: CUERVO M., Alfonso, El Contrato de Seguros en Colombia, Universidad Javeriana, Bogotá 1980, p. 17.

[28] *Ibíd.*

[29] *Ibíd.*: CUERVO M.

[30] M.P. Jorge Arango Mejía.

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

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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

[32] *Ibíd.*: "Cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico. Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador".

[33] *Ibíd.* La sentencia recoge la doctrina de EFRÉN OSSA, J. G., en su libro: *Teoría General del Seguro - La Institución*, Temis, Bogotá, 1988.

[34] *Ibíd.* En este punto la Sala expone las consideraciones presentadas por Hernán Fabio López Blanco en su libro: *Comentarios al Contrato de Seguro*, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118. De igual forma, cita nuevamente al profesor J. Efrén Ossa, quien mencionó sobre este punto que: "[e]l asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario". (J.

Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro – El Contrato, pág. 349).

[35] *Ibíd.*: “La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes” producen la nulidad relativa del seguro”. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato *uberrimae fidei*. (...) Se trata de un error que seguramente no puede asimilarse al error obstáculo (C.C. art. 1510), porque no “recae sobre la especie de acto o contrato que se ejecuta o celebra”, ni “sobre la identidad de la cosa específica de que se trata”, quizás tampoco al error sustancial (*id.*, art. 1511), en cuanto no atañe a “la sustancia o calidad esencial del objeto sobre que versa el acto o contrato”, ni siquiera, tal vez, al error accidental acerca de otras calidades determinantes de la voluntad contractual (*id.*, inc.2o.), porque la del asegurador, en el contrato de seguro, se inclina o suele inclinarse, en sentido favorable o adverso, al conjuro de un complejo de factores de orden moral u objetivo que conforman el riesgo y le permiten formarse juicio sobre su capacidad de asumirlo. Por eso es por lo que todas las legislaciones regulan específicamente la declaración del estado del riesgo a cargo del tomador y establecen, con uno u otro criterio, más o menos severo, las sanciones a que da origen su infidelidad, enderezadas a tutelar el equilibrio contractual. Así lo hacía nuestro Código de Comercio de 1887 (arts. 680 y 681) y así lo hace el actual, no obstante los preceptos seculares de nuestro Código Civil. Y no obstante, igualmente, el art. 900 del estatuto comercial vigente que, respecto de los actos mercantiles en general consagra su anulabilidad cuando hayan sido consentidos por error, fuerza o dolo conforme al Código Civil. (...) Ni siquiera la norma del derecho común (C.C. art. 1515) que consagra el dolo como vicio del consentimiento sería suficiente para proteger al asegurador. Porque aquél sólo vicia el consentimiento si, además de ser obra de una de las partes, “aparece claramente que sin él no hubiera contratado”. Es el dolo principal. Es decir, está desprotegido frente al dolo incidental que es, a juicio de ALESSANDRI y SOMARRIVA, “el que no determina a una persona a celebrar el acto jurídico, pero sí a concluirlo en distintas condiciones que en las que lo habría concluido, generalmente menos onerosas, si las maniobras artificiosas no hubieran existido”. (J. Efrén

Ossa G., Teoría General del Seguro – El Contrato, Temis, Bogotá, 1991, págs. 333 y 334)”.

[36] Código de Comercio, artículo 1058, inciso 3: “[s]i la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160”.

[37] M.P. (e) Martha Victoria Sáchica Méndez.

[38] Ley 45 de 1990, artículo 82: “TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

Lo dispuesto en el inciso anterior deberá consignarse por parte del asegurador en la carátula de la póliza, en caracteres destacados.

Lo dispuesto en este artículo no podrá ser modificado por las partes”.

[39] VEIGA COPO, Abel B.: Los Principios de Derecho Europeo del Contrato de Seguro. Primera Edición, Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas. Grupo Editorial Ibáñez, 2011 (Colección prospectivas del derecho). En esta obra el autor describe el proceso que se ha desarrollado en Europa con el propósito de lograr unificar un marco comunitario en relación con el régimen de los contratos de seguros.

[40] Ibíd. VEIGA COPO, cit., pág. 67: REHBERG. Der Versicherungsabschluss als Informationsproblem, cit., p. 197 “quien postula además como tomador del seguro a ser informado de todos los aspectos del seguro”.

[41] Ibíd. VEIGA COPO, p. 75.: “Afortunadamente la sensatez y la mesura se han impuesto, debiendo ahora las aseguradoras ampliar sus formularios de preguntas, perfeccionándose en la elección de preguntas relevantes, serias, precisas, que ayuden verdaderamente a lo que tienen que ayudar que no es otra cosa que la verdadera selección y antiselección del

riesgo y no tachar a priori prácticamente de fraudulento o arrojar sombras de luz sobre solicitantes y tomadores de seguro. Buena fe también implica para la entidad aseguradora lealtad y profesionalidad a la hora de confeccionar su oferta, su póliza, el condicionado, la realización de las prestaciones, etc., desterrando todo atisbo de oscuridad, ambigüedades, incomprensibilidades, abusos y lesividades, etc., y para el asegurado declarar lo que él cree modulaciones o alteraciones en el riesgo original y tenido en cuenta para concretar el contrato, toda agravación del mismo, disminución, las circunstancias que rodean al siniestro, la comunicación del mismo etc. La buena fe preside en el seguro, como en todos los contratos, la relación jurídica pero si cabe con un mayor énfasis en este contrato”.

[42] M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

[43] Ibíd. VEIGA COPO, cit., p. 73: ASÍ HÉMARD, I, N^o 44. [non vidi], cita de HALPERIN. Contrato, cit., p. 34, “la noción de eventualidad excluye la certidumbre y la imposibilidad; mas comprende el caso fortuito y aún la voluntad de las partes, siempre que el acontecimiento no dependa inevitable o exclusivamente de ella. Es suficiente que la certidumbre sea económica”.

[44] Ibíd. EFRÉN OSSA: Teoría General del Seguro p. 296: “[I]a inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes ‘producen la nulidad relativa del seguro’. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato de uberrimae fidei”.

[45] Código de Comercio, artículo 1058: “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa

del seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

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

1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058;

2) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por el asegurador, y

3) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el ordinal segundo”.

[47] M.P. Jorge Arango Mejía.

[48] Sentencia C-232 de 1997: “[c]on base en la redacción de la norma y en las actas números 12, 13, 14, 17, 18, 52, 73, 74, 90 y 91 del Subcomité de Seguros del Comité Asesor para la Revisión del Código de Comercio (publicadas en 1983 por la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros “Acoldese”, Bogotá, Unión Gráfica Ltda., páginas 91 a 99), que al decir del profesor J. Efrén Ossa G. (q.e.p.d.), “constituyen útil material informativo para el exégeta que desee aproximarse a la raíz de las normas legales que, conforme al Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, gobiernan el Contrato de Seguro”, es posible afirmar que del artículo 1058 del Código de Comercio, surge un régimen estructurado sobre las

siguientes bases:

a) El tomador del seguro tiene la carga precontractual de declarar sinceramente los hechos o circunstancias significativos que determinan el estado del riesgo;

b) La declaración puede hacerse con o sin cuestionario preparado por el asegurador;

c) La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse;

d) Como protección del asegurador contra el error y el dolo y, por ende, en defensa de la mutualidad de los asegurados, las inexactitudes o reticencias frente al cuestionario, están sancionadas con la nulidad relativa del contrato, siempre y cuando recaigan sobre hechos o circunstancias relevantes o influyentes respecto del riesgo, o sea, de aquéllos que, de haber sido conocidos por el asegurador, lo habrían retraído de contratar u obligado a exigir condiciones más onerosas;

e) Como la norma, en tratándose de la absolucióndel cuestionario, no contempla distinciones sobre el particular, la nulidad relativa se origina en las inexactitudes o reticencias que graviten tanto sobre el riesgo moral o subjetivo (referente a cualidades personales del tomador o asegurado), como sobre el riesgo físico u objetivo del bien asegurado (relativo a las particularidades físicas o materiales del objeto del seguro);

f) Cuando media un cuestionario, la nulidad tiene lugar por el solo acaecimiento de la inexactitud o reticencia, ya sea fruto de dolo o culpa del tomador;

g) Si la declaración es libre o espontánea, esto es, no sujeta a cuestionario alguno, las reticencias o inexactitudes dolosas o culposas conducen también a la nulidad relativa, pero, por manifestación expresa de la ley, sólo en lo que atañe al riesgo objetivo o físico del bien asegurado;

h) No habrá nulidad si las inexactitudes o reticencias relevantes provienen de error inculpable del tomador. Pero el siniestro que en tales casos se produzca, sólo obliga al asegurador a pagar una parte de la prestación asegurada, directamente proporcional a lo que la tarifa o prima pactada represente en relación con la tarifa o prima correspondiente al

verdadero estado del riesgo, con la excepción, claro está, del principio de incontestabilidad que, en materia de seguros de vida, consagra el artículo 1160 del Código de Comercio;

i) La nulidad relativa y la disminución de la prestación asegurada no tienen aplicación si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, celebrado el contrato de seguro, los subsana o acepta expresa o tácitamente;

j) Como se deduce del acta número 73, para que la nulidad relativa pueda declararse "(...) no hay necesidad de establecer relación ninguna de causalidad entre el error o la reticencia y el siniestro".

[49] *Ibíd.* C-232/97: "En el contrato de seguro, salvo lo dispuesto para los errores inculpables, el legislador, en lo que se refiere a la anulabilidad del negocio, consagró un tratamiento especial, más severo, de los vicios del consentimiento del asegurador, causados por las reticencias o inexactitudes culposas o dolosas del tomador en la declaración del estado del riesgo. En materia de seguros, la ley comercial se separó de la reglamentación común sobre nulidad relativa por error accidental en la calidad del objeto, contemplada en el Código Civil. La posibilidad de rescindir el contrato según el Código Civil, se amplió para los aseguradores, según las voces del Código de Comercio, pues esta norma, a diferencia del derecho civil, incluyó también, como causal de nulidad relativa, el error derivado de las reticencias o inexactitudes que impidieron que el aseguramiento se estipulara en condiciones más onerosas para el tomador. En lo tocante al derecho del asegurador de lograr la rescisión del seguro por dolo del tomador en la declaración del estado del riesgo, el Código de Comercio también ensanchó los límites previstos por el Código Civil. Como la norma comercial permite la declaración de nulidad relativa, aun en el evento en que las reticencias o inexactitudes habrían inducido a la compañía aseguradora a estipular condiciones más onerosas, pero no a abstenerse de celebrar el contrato, por fuerza hay que aceptar que la regulación civil tiene un campo de acción más restringido".

[50] *Ibíd.* C-232 de 1997: "[c]uando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la

rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico. Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador”.

[51] M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.

[52] Sentencia T-086 de 2012: “[e]n aplicación del principio de la buena fe, se puede concluir que este es un postulado de doble vía, que obliga a las partes a comportarse con probidad en el desarrollo de la relación contractual siendo esta una particularidad fundamental para efectos de interpretación de las cláusulas que lo rigen. Esta buena fe en el contrato de seguro, no sólo indica la manera como debe analizarse la conducta de las partes frente al cumplimiento de los deberes contractuales, sino también de algún modo la eficacia del mismo contrato”.

[53] M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[54] M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[55] M.P. María Victoria Calle Correa.

[56] *Ibíd.* “La relación de aseguramiento, se caracteriza principalmente por imponer límites al poder de la parte dominante. En este sentido, la parte que redacta e impone las condiciones del contrato debe cumplir, al menos, los siguientes parámetros: (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas que actúen en contra de los intereses del asegurado; y si las integran al contrato, (ii) deben interpretarlas a favor del usuario, en virtud del principio pro costumatore o pro homine. La Constitución protege de esta forma la posición de los usuarios de los contratos de seguros como manifestación del principio de la buena fe (art. 83, CP), el cual propende por el equilibrio de la relación de aseguramiento y la eliminación de todas aquellas condiciones que generan inseguridad jurídica en la ejecución del contrato”.

[57] M.P. María Victoria Calle Correa.

[58] Sentencia T-015 de 2012: “las preexistencias hacen alusión a las exclusiones al amparo de un seguro de vida que las aseguradoras pueden establecer cuando el asegurado padezca una enfermedad con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura y la muerte de éste se produzca como consecuencia de dicha enfermedad”.

[59] M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez, Rad. 11001-31-03-023-2007-00600-02.

[60] M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[61] Sentencia T-222 de 2014: “[e]n criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. 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.

Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo 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” (subraya por fuera del texto). 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.

En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

[62], M.P. Carlos Gaviria Díaz.

[63], M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

[64] *Ibíd.*: C-776 de 2003. Comparar: “[a]hora bien, el derecho fundamental al mínimo vital presenta una dimensión positiva y una negativa. La dimensión positiva de este derecho fundamental presupone que el Estado, y ocasionalmente los particulares, cuando se reúnen las condiciones de urgencia, y otras señaladas en las leyes y en la jurisprudencia constitucional, están obligados a suministrar a la persona que se encuentra en una situación en la cual ella misma no se puede desempeñar autónomamente y que compromete las condiciones materiales de su existencia, las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir dignamente y evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano. Por su parte, respecto de la dimensión negativa, el derecho fundamental al mínimo vital se constituye en un límite o cota inferior que no puede ser traspasado por el Estado, en materia de disposición de los recursos materiales que la persona necesita para llevar una existencia digna. Es por ello que instituciones como la inembargabilidad de parte del

salario, la prohibición de la confiscación, la indisponibilidad de los derechos laborales o el amparo de pobreza, entre otros, constituyen ejemplos concretos del mencionado límite inferior que excluye ciertos recursos materiales de la competencia dispositiva del Estado o de otros particulares”.

[65] M.P. María Victoria Calle Correa.

[66] M.P. Rodrigo Escobar Gil.

[67] M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

[68] M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[69] M.P. Mauricio González Cuervo.

[70] Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud: ATAQUE CARDÍACO Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: PREVENCIÓN. Publicación Científica y Técnica No. 610, Washington, DC. 2005. P. vii. Comparar: “[m]ás del 50% de las defunciones por cardiopatía o accidentes cerebrovasculares, así como la discapacidad, pueden prevenirse mediante acciones colectivas e individuales, sencillas y costo-efectivas, dirigidas a disminuir los principales factores de riesgo como la hipertensión, el colesterol alto, la obesidad y el tabaquismo”.

[71] Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.: Angiopatia amiloide cerebral. Enciclopedia médica. Versión en inglés revisada por: Joseph V. Campellone, MD, Department of Neurology, Cooper University Hospital, Camden, NJ. Review expuesto por VeriMed Healthcare Network. También revisada por: David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD y the A.D.A.M. Editorial team. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000719.htm>

[72] CLARK L. David; BOUTROS N. Nash y MENDEZ F. Mario.: El Cerebro y la conducta. 2ª edición. México, 2012, p. 66-67.

[73] Escrito del 26 de febrero de 2015 emitido por Liberty Seguros S.A. como respuesta a solicitud de reconsideración del accionante (Cd. 3, Fl. 54): “[n]os referimos al derechos de petición radicado en nuestras oficinas, mediante el cual se solicita se reconsidere el pago de

la indemnización bajo el amparo de incapacidad total y permanente con base en diagnósticos médicos neurocirujanos, los cuales adjunta. Al respecto, nos permitimos manifestar que la compañía toma en reconsideración su solicitud, y remite al área encargada, por lo cual se le estará dando respuesta dentro del término legal, de conformidad con el artículo 1080 del Código de Comercio.”

[74] Sentencia T-222 de 2014, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

[75] *Ibíd.*

[76] M. P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

[77] Este fallo, a su vez, reiteró las Sentencias T-832 de 2010 y T-1018 de 2010.