

Sentencia T-316/15

ACCION DE TUTELA CONTRA ENTIDAD BANCARIA-Procedencia por prestación de servicio público

En reiterada jurisprudencia, esta Corte ha sostenido que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto tiene fundamento en que: (i) estos se ocupan del manejo de recursos captados del público y, por lo tanto, su actividad puede ser considerada como un servicio público; (ii) las entidades bancarias detentan una posición dominante frente al usuario, por lo que es necesario equilibrar las posiciones en que se encuentran ubicadas cada una de las partes negociales.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA ASEGURADORA-Procedencia excepcional

La acción de tutela resulta procedente contra compañías de seguros, debido a que su actividad es de interés público; para que proceda la tutela es preciso que no se cuente con otros medios de defensa judicial y, que de haberlos, estos sean inidóneos o ineficaces en el caso concreto, o que pese a cumplir con dichas condiciones el actor se encuentre en riesgo de sufrir un perjuicio irremediable; en el caso de sujetos de especial protección constitucional, la falta de idoneidad de los medios tradicionales de defensa judicial se presume, por lo que la tutela solo resultará improcedente en el evento en que de las circunstancias particulares del caso pueda concluirse que el accionante puede acudir en pie de igualdad ante el juez ordinario.

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

El artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación para el tomador de una póliza de declarar aquellas situaciones o circunstancias que resulten de utilidad para determinar su nivel de riesgo. La no declaración de dichas condiciones es conocida como reticencia y su sanción consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro. Sin embargo, la Corte ha determinado que cualquier omisión del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad aseguradora está en la obligación de tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, la cual debe

considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS

Al tomar como referente la figura de la reticencia, es posible sintetizar los deberes de las compañías aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados en cuatro cargas básicas: (i) claridad; (ii) información; (iii) comprobación y (iv) lealtad.

SUJETOS DE ESPECIAL PROTECCION CONSTITUCIONAL QUE SE ENCUENTRAN EN UN ESTADO DE DEBILIDAD MANIFIESTA-Persona con discapacidad o con alguna enfermedad grave

La Corte a través de su jurisprudencia ha precisado el alcance de la protección especial otorgada a las personas con discapacidad, expresión esta que exige la igualdad de derechos y oportunidades de quienes padecen alguna discapacidad respecto del resto de la comunidad, sin que deba existir algún trato discriminatorio por motivos de tal condición. Así, la protección se da en doble vía, debido a que las personas en situación de discapacidad tienen el derecho a que se tomen todas las medidas y acciones encaminadas a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, y, a su vez, el Estado tiene el deber de otorgar un trato especial a las personas que sufran una discapacidad.

DERECHO AL MINIMO VITAL-Dimensión positiva y negativa

Con respecto al derecho al mínimo vital, esta Corporación ha señalado que este presenta dos dimensiones de desarrollo. De una parte, una dimensión positiva, que se relaciona con la obligación a cargo del Estado y excepcionalmente de los particulares, de suministrar a la persona que se encuentra en un estado de discapacidad o de debilidad manifiesta las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir dignamente y evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano, con lo cual se puedan mantener unas condiciones mínimas de vida digna. De otra parte, una dimensión negativa, que establece un límite mínimo de las condiciones dignas y humanas que merece toda persona, en los términos de la Constitución y de la ley. Entonces, cuando quien se encuentre en situación de discapacidad ve afectado su derecho al mínimo vital y, a su vez, le resulta imposible protegerlo o garantizarlo, la acción de tutela surge como el mecanismo definitivo y adecuado para ello, a pesar de la existencia de otros medios judiciales ordinarios, toda vez

que este derecho se encuentra en estrecha relación con otros derechos constitucionales como la dignidad y la vida en condiciones dignas.

DERECHO AL MINIMO VITAL Y AL DEBIDO PROCESO-Vulneración por Aseguradora por no cumplir con la carga de comprobación, en el sentido de verificar lo señalado por la tomadora/asegurada al momento de adquirir la póliza de seguros

Corresponde a las aseguradoras corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la solicitud de entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse de responsabilidad, pues dada la naturaleza de adhesión de este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene el deber de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

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

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA ASEGURADORA-Caso en que compañía de seguros omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de tomadora, por lo que no puede objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia

La compañía aseguradora se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes, pues solo así habría podido conocer las condiciones vitales de la señora Rosa Tulia Cáceres. De lo anterior se desprende que la compañía de seguros no solo renunció a su potestad de conocer la historia clínica de la tomadora, sino que omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la misma, por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.

CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO-Compañía de Seguros realizó el pago de la póliza de seguro de vida e incapacidad total y permanente

Referencia: expedientes T-4698859, T-4712587, T-4707706 y T-4708930.

Acciones de tutela instauradas por Amparo Gálvez de Prieto contra la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A.; Saúl Cáceres Mejía y Tulia Muñoz Ruiz contra Seguros de Vida Suramericana S. A. e Interserg Intermediarios de Seguros; Delsy del Carmen Ospino Hernández, actuando como agente oficiosa del señor Robert Alberto Pinto Romero, contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales, y Bertha María Vallejo Arteaga contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S. A.

Magistrada Ponente:

MARIA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D. C., veintidós (22) de mayo de dos mil quince (2015).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la Magistrada María Victoria Calle Correa, y los Magistrados Mauricio González Cuervo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Los expedientes de la referencia fueron seleccionados para revisión mediante auto del veintisiete (27) de enero de dos mil quince (2015), proferido por la Sala de Selección Número Uno[1].

I. ANTECEDENTES

1. Expediente T-4698859

1.1. Hechos

1. Amparo Gálvez de Prieto (62 años), interpuso acción de tutela contra la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A. para proteger sus derechos fundamentales a la vida, la salud, la información, el mínimo vital, el derecho de petición y el debido proceso.[2]

2. Señala que el veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013) adquirió una póliza de

seguros con la compañía Seguros Colpatria S. A., la cual la amparaba frente a los riesgos de muerte e invalidez total y permanente o incapacidad asimilada, hasta por un monto de treinta y cinco millones de pesos (\$35.000.000).[3]

3. Sostiene que al momento de adquirir dicha póliza se encontraba en un estado de salud satisfactorio, de tal suerte que no estaba en tratamiento alguno o pendiente de algún diagnóstico.[4]

4. Manifiesta que ha realizado el pago puntual de cada una de las mensualidades del seguro adquirido, ello aun a costa de su propia manutención.[5]

5. Indica que con posterioridad a la adquisición de la póliza ha visto menguar su estado de salud, ante la arremetida de múltiples enfermedades “[...] graves, incurables, progresivas”[6], entre ellas, “Trastorno depresivo-Trastorno de ansiedad RGE severo”. [7]

6. Aduce que el catorce (14) de febrero de dos mil catorce (2014) fue dictaminada con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 71,14%, siendo en este sentido inválida.[8]

7. Expresa que el veintiuno (21) de abril de dos mil catorce (2014), solicitó a la compañía aseguradora cancelar el dinero correspondiente a la póliza, al haberse materializado el riesgo de invalidez permanente.[9] Solicitud reiterada por medio de comunicación del cuatro (4) de junio de dos mil catorce (2014).[10]

8. Declara que pese a esta situación la accionada se ha negado a reconocer la ocurrencia del siniestro, toda vez que considera que la tutelante incurrió en reticencia, al abstenerse de informar a la aseguradora sobre su estado real de salud al momento de adquirir la póliza de seguros, pues la tutelante habría contado con una serie de pre-existencias que incluirían: hipertensión arterial, trastornos de ansiedad y depresión, dislipidemia, entre otros.[11]

9. Estima que las alegadas pre-existencias no fueron diagnosticadas de forma indicada o no tuvieron incidencia en su situación actual de salud, además que nunca se le explicaron con claridad los aspectos relacionados con el manejo de su póliza.[12]

10. Explica que se encuentra imposibilitada para desarrollar labores que le permitan procurarse algún ingreso, debido al deterioro de su salud.[13]

11. Por lo anterior, solicita que se tutelen sus derechos fundamentales y se proceda a hacer efectiva la póliza de seguros a su favor.

1.2. Respuestas de las entidades demandadas

El treinta (30) de julio de dos mil catorce (2014), el Juzgado Segundo Penal Municipal de Tuluá admitió la tutela interpuesta por la señora Gálvez de Prieto y procedió a correr traslado a la parte accionada.[14]

Por medio de memorial allegado al juzgado el ocho (8) de agosto de dos mil catorce (2014),[15] la accionada solicitó negar la tutela por improcedente. En su respuesta a la tutela, la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A. indicó que la tutelante diligenció un certificado individual de seguro donde se indagaba por sus antecedentes de salud y en el cual, específicamente, se le preguntó si tenía antecedentes de trastornos mentales o psiquiátricos, y enfermedades del corazón, pecho o tensión alta, frente a lo que la actora respondió de forma negativa, pese a conocer sus antecedentes de salud.[16] De igual forma, la tutelada manifestó que los males que afectaron a la señora Gálvez de Prieto, de haber sido conocidos de antemano por la aseguradora habrían dado lugar a que no se hubiera celebrado el contrato de seguro o haberlo hecho con cargas más onerosas para la contraparte.

De otro lado, Colpatria señaló que la acción de tutela no es el medio judicial idóneo para ventilar los desacuerdos surgidos en torno al cumplimiento de un contrato de seguro, pues para alegar el incumplimiento de deberes contractuales se encuentra el mecanismo de defensa ante la jurisdicción ordinaria.

1.3. Decisiones judiciales que se revisan

1.3.1. Sentencia de primera instancia

El doce (12) de agosto de dos mil catorce (2014),[17] el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Tuluá, profirió sentencia por medio de la cual decidió negar el amparo deprecado por considerarlo improcedente.[18] El juez de instancia

se refirió a la improcedencia general de la tutela para definir derechos litigiosos o de contenido económico, respecto a lo cual señaló que en estas circunstancias el amparo solo resulta viable de forma excepcional, ante la falta de medios ordinarios de defensa o frente al riesgo de sufrir un perjuicio irremediable. En este orden de ideas, el juez de primera instancia señaló que la accionante contaba con otros medios de defensa judicial, pues al ser esta una controversia de origen contractual, ella podía acudir ante el juez ordinario. A su vez, también declaró la inexistencia de un perjuicio irremediable, toda vez que el mismo no se acreditó por la señora Amparo Gálvez de Prieto, y al no estimar que en el caso concreto existan derechos fundamentales en riesgo de ser lesionados.

1.3.2. Impugnación

El quince (15) de agosto de dos mil catorce (2014) la señora Gálvez de Prieto impugnó el fallo de primera instancia,[19] al considerar que no padecía de pre-existencias médicas al momento de tomar la póliza de seguro de vida sobre la cual gira el caso, ni mucho menos incurrió en reticencia por esta causa.

1.3.3. Sentencia de segunda instancia

El ocho (8) de octubre de dos mil catorce (2014),[20] el Juzgado Primero Penal del Circuito de Tuluá confirmó la sentencia de primera instancia que declaró improcedente la acción de tutela presentada por la señora Gálvez de Prieto. A juicio del juez de segunda instancia, la accionante contaba con otros medios de defensa judicial y no probó la amenaza de un perjuicio irremediable.

2. Expediente T-4712587

1. Saúl Cáceres Mejía (79 años)[21] y Tulia Muñoz Ruiz (77 años)[22] interpusieron acción de tutela contra Seguros de Vida Suramericana S.A. e Interseg Intermediarios de Seguros por considerar que estas vulneraron sus derechos fundamentales a la vida, al debido proceso y al acceso a la administración de justicia.[23]

2. Señalan que son personas de la tercera edad, de escasos recursos y dedicados a la economía informal y a las labores del hogar.[24]

3. Indican que tenían una hija de nombre Rosa Tulia Cáceres Muñoz, la cual era docente,

quien falleció el catorce (14) de febrero de dos mil trece (2013).[25]

4. Aducen que su hija fallecida se encontraba asegurada al momento de su muerte, por medio de dos pólizas de seguros, una correspondiente a un contrato de seguro de vida individual,[26] y otra a un contrato de seguro de vida grupo docentes.[27]

5. Manifiestan que el diez (10) de diciembre de dos mil trece (2013) solicitaron a Suramericana que hiciera efectivas las pólizas,[28] pero que luego de un mes no les habían dado respuesta a su solicitud, por lo que al acudir en persona a las oficinas de la aseguradora les informaron que la documentación del caso se la habían remitido a Interseg Intermediarios de Seguros.[29]

6. Expresan además que el seis (6) de abril de dos mil catorce (2014),[30] Suramericana resolvió de forma desfavorable la solicitud presentada por los peticionarios. En relación con la póliza de seguro de vida individual, la aseguradora señaló que el pago de la prima se cumplió hasta el veintitrés (23) de enero de dos mil doce (2012), por lo que al momento de fallecer la señora Rosa Tulia Cáceres, la póliza había terminado por mora en el pago de la prima. En cuanto a la póliza de seguro de vida grupo docentes, la aseguradora manifestó que dicha póliza no había sido expedida.

7. Sostienen que la respuesta dada por la compañía de seguros viola sus derechos fundamentales toda vez que la póliza de seguro de vida individual se activaba de forma automática cada año, y que la correspondiente al seguro de vida grupo docentes sí se encontraba vigente, como consta en la documentación que anexaron a la tutela.[31]

8. En vista de lo anterior, solicitan al juez de tutela que se ordene al representante legal de Suramericana de Seguros cancelar la póliza de seguro de vida grupo docentes de Rosa Tulia Cáceres Muños, por valor de cuarenta millones de pesos (\$40.000.000), y la póliza de seguro de vida individual por valor de setenta millones de pesos (\$70.000.000).

2.2. Respuestas de las entidades demandadas

El seis (6) de junio de dos mil catorce (2014) el Juzgado Tercero Civil Municipal de Bucaramanga dispuso admitir la tutela y dar traslado a las partes accionadas para que ejercieran su derecho a la defensa.[32]

2.2.1. Respuesta de Interseg

El trece (13) de junio de dos mil catorce (2014),[33] Interseg Seguros presentó escrito de contestación. La compañía señaló que el trece (13) de noviembre de dos mil doce (2012) la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz solicitó un seguro de vida por valor de cuarenta millones de pesos (\$40.000.000) para ella y, por el mismo valor, para su esposo, así como un seguro de renta por hospitalización para ella, su cónyuge y sus hijos. Respecto a este seguro, se estableció como forma de pago el descuento por nómina de su sueldo, por valor de cincuenta y un mil quinientos pesos (\$51.500), el cual habría de aplicar para el mes de diciembre de dos mil doce (2012), de tal suerte que la vigencia de la póliza iniciaría en el mes de enero de dos mil trece (2013).

A continuación, indicó que, pese a que la solicitud de descuento fue radicada ante la Secretaría de Educación de Barrancabermeja, la deducción aludida no fue aplicada en diciembre de dos mil doce (2012), lo que a su vez significó que debía realizarse de nuevo el procedimiento de solicitud de seguro, toda vez que las compañías de seguro no reciben formatos que superen sesenta (60) días desde su diligenciamiento. Con todo, manifiestan que en enero de dos mil trece (2013), la Secretaría de Educación le aplicó el descuento a la señora Rosa Tulia, sin la autorización de Interseg, quien quiso realizar el reintegro de los dineros, pero no pudo establecer comunicación con la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz.

De igual manera, Interseg manifestó que la tomadora omitió declarar el padecimiento de cáncer maligno y terminal en la solicitud de la póliza de seguro de vida grupo docentes, en la cual se declaró un buen estado de salud, lo que a su juicio configura un acto de mala fe o intento de fraude. A continuación, explicó que la póliza de seguro de vida excluye reclamaciones que sean consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o accidentes que pre-existan a la vigencia de la póliza y que sean conocidos por el asegurado.

2.3. Decisiones judiciales que se revisan

2.3.1. Sentencia de primera instancia

El diecinueve (19) de junio de dos mil catorce (2014) el Juzgado Trece Civil Municipal de Bucaramanga negó por improcedente el amparo solicitado por los accionantes.[34] La

sentencia se refirió a las condiciones de procedibilidad de la tutela contra providencias judiciales. Luego de esto, en la decisión se adujo que la tutela no resultaba procedente en el caso concreto, pues los accionantes cuentan con otros medios de defensa judicial ante la justicia ordinaria, de tal suerte que pueden hacer valer allí los derechos que estimen vulnerados.

2.3.2. Impugnación

El veintisiete (27) de junio de dos mil catorce (2014), el señor Saúl Cáceres impugnó la sentencia del juez de primera instancia.[35] A su juicio, la respuesta de la entidad accionada faltó a la verdad, toda vez que según consta en el oficio expedido por el Secretario de Educación de Barrancabermeja, Oswaldo José Cala Sierra, el inicio de la vigencia del seguro de vida de grupo plan vida docentes tuvo lugar el primero (1) de enero de dos mil trece (2013). De igual manera, puso en duda que las supuestas gestiones realizadas por la aseguradora para reintegrar el pago de la prima a la accionante hayan ocurrido, al no haber prueba de las mismas. Asimismo, manifestó que su hija autorizó a la aseguradora a acceder a su historia clínica, de tal suerte que si aquella no lo hizo, no puede ahora alegar este hecho a su favor, pues ello equivaldría a modificar el contrato de seguro de forma unilateral.

En relación con la procedencia de la tutela, manifestó que si bien le asisten otros medios de defensa judicial, al ser personas de la tercera edad y no contar con recursos económicos, los mismos no resultan idóneos o eficaces en relación con su situación.

2.3.3. Sentencia de segunda instancia

El primero (01) de agosto de dos mil catorce (2014),[36] el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga confirmó la sentencia del juez de primera instancia que negó el amparo por improcedente. La providencia declaró que los accionantes cuentan con otros medios de defensa judicial y no están expuestos a sufrir un perjuicio irremediable.

3. Expediente T-4707706

3.1. Hechos

1. La señora Delsy del Carmen Ospina Hernández, obrando en calidad de agente oficiosa

de su cónyuge Roberth Alberto Pinto Romero, interpuso acción de tutela contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales[37], para que se protegieran sus derechos fundamentales a la vida, el mínimo vital, la familia, la alimentación, la salud y la dignidad humana.[38]

2. Sostiene que el señor Pinto Romero celebró un contrato de mutuo por la suma de siete millones de pesos (\$7.000.000) con Colmena Vida y Riesgos Laborales, relación contractual en la cual tenía la calidad de deudor.[39]

3. En razón de este crédito, el señor Pinto Romero tomó una póliza de seguros (seguro de vida grupos deudores) con Liberty Seguros S. A. que amparaba un conjunto de riesgos, incluyendo muerte, invalidez total y permanente, enfermedades graves y beneficios por hospitalización.[40]

4. Expresa que en la actualidad la póliza se encuentra parcialmente cancelada, debido a que el asegurado padece de una enfermedad permanente (tumor de comportamiento incierto en las meninges cerebrales, epilepsia y síndrome epiléptico generalizado), que le impide realizar cualquier actividad laboral.[41]

5. Aduce que por esta situación Colpensiones lo calificó con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 76,7%, con fecha de estructuración de la invalidez del seis (6) de agosto de dos mil doce (2012).[42]

6. Indica que al solicitarle a la compañía de seguros que hiciera efectiva la póliza,[43] de tal suerte que se saldara el monto insoluto de la deuda derivada del contrato de mutuo, la misma se negó, debido a que al parecer el asegurado al momento de tomar la póliza no declaró que padecía de hipertensión hace seis (6) años.[44]

7. Manifiesta que al momento de tomar la póliza, al señor le indicaron que la misma era necesaria para adquirir el crédito, pero nunca le preguntaron por su estado de salud ni le practicaron exámenes médicos de ninguna clase.[45]

8. Señala que pese a que tienen a su disposición otros medios de defensa judicial, los mismos no resultan idóneos si se tiene en consideración la demora potencial del trámite ante la justicia ordinaria y el estado de salud del señor Pinto Romero.[46]

9. Por lo anterior, pide que se ordene a la compañía de seguros que cancele la póliza a nombre del señor Pinto Romero, de tal forma que se paguen los dineros adeudados a la entidad bancaria.

3.2. Respuestas de las entidades accionadas

El nueve (9) de junio de dos mil catorce (2014), el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Barranquilla con Funciones de Depuración admitió la acción de tutela y corrió traslado a las partes accionadas.[47]

3.2.1. Respuesta de Liberty Seguros S. A.

El diecisiete (17) de junio de dos mil catorce (2014),[48] Liberty Seguros S. A. dio respuesta a la tutela interpuesta a nombre del señor Roberth Alberto Pinto Romero y solicitó que la misma fuese declarada improcedente. A su juicio, no se vulneró ningún derecho fundamental al accionante, pues este contaba con otros medios de defensa judicial para hacer valer sus intereses, y no se expuso la ocurrencia de un perjuicio irremediable. A su vez, señaló que la persona que estaría legitimado para reclamar el pago de la póliza es el beneficiario de la misma, que en este caso es el Banco Caja Social Colmena S. A., y no el señor Pinto Romero. Igualmente, manifestó que esta es una controversia contractual, que no debe ser resuelta en sede de tutela sino ante las instancias propias de la justicia ordinaria.

A continuación, la accionada adujo que el señor Pinto suscribió una solicitud individual del seguro en el año dos mil nueve (2009), para ser incluido en la póliza de seguro de vida grupo deudores, cuya entidad tomadora y beneficiaria es el Banco Caja Social Colmena S.A.

Expresó, además, que desde el mes de enero de dos mil doce (2012), Colmena Vida y Riesgos Laborales es la entidad aseguradora. Señala que si bien Liberty Seguros tiene en coaseguro una parte pequeña del seguro de vida de grupo deudores vigente a partir de enero de dos mil doce (2012), Colmena Vida y Riesgos Laborales es la aseguradora líder, de tal suerte que es esta quien administra y define las solicitudes de pago de las pólizas. De igual manera aseveró que la solicitud de los accionantes fue declinada, por lo que no existe obligación de pago alguno, pues el evento que generó el siniestro no tiene cobertura. Finalmente, argumentó que al ser este un conflicto de carácter patrimonial suscitado entre personas privadas la acción de tutela no tiene cabida, debiendo la misma ser declarada

improcedente.

3.2.2. Respuesta de Colmena Vida y Riesgos Laborales

El diecisiete (17) de junio de dos mil catorce (2014),[49] Colmena Vida y Riesgos Laborales respondió la acción de tutela, solicitando que la misma fuera declarada improcedente. La compañía se refirió a la naturaleza del contrato celebrado entre aquella y el señor Pinto Romero, indicando que el mismo corresponde a un contrato de seguro de vida grupo deudores, que pretende proteger tanto al deudor como a quien otorga un crédito de un eventual no pago de la obligación debido a la muerte o incapacidad total y permanente del deudor, entre otros riesgos. Al mismo tiempo hizo énfasis en la importancia de declarar el estado real de salud del asegurado al momento de celebrarse el contrato.

Empero, la entidad también informó que en el caso objeto de debate se cumplen los presupuestos establecidos en el artículo 1081 del Código de Comercio, por lo cual se procedió a solicitar al Banco Caja Social que certifique el saldo insoluto de la deuda a cargo del señor Pinto, con el fin de proceder con el pago de la indemnización en los próximos días.

3.2.3. Respuesta del Banco Caja Social

El veinte (20) de junio de dos mil catorce (2014),[51] el Banco Caja Social contestó a la acción de tutela interpuesta en nombre del señor Pinto y solicitó al juez de tutela denegar la acción constitucional con base en la existencia de un hecho superado. En primer lugar, se refirió al crédito, respecto al cual aseveró que se encontraba en mora desde el nueve (9) de julio de dos mil trece (2013). Luego, indicó que el banco no es la entidad aseguradora, por lo que cualquier inquietud en relación con la ejecución de la póliza de seguro debía hacerse frente a Colmena Vida y Riesgos Laborales. Por último, afirmó que el banco no habría lesionado ninguno de los derechos fundamentales del actor.

3.3. Decisiones judiciales que se revisan

3.3.1. Sentencia de primera instancia

El veinte (20) de junio de dos mil catorce (2014),[52] el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Barranquilla con Funciones de Depuración decidió negar por improcedente el amparo

deprecado a nombre del señor Pinto Romero. De acuerdo con la sentencia, tutelar los intereses del accionante hubiera significado declarar que existe un derecho a ocultar información que las personas conocen al momento de suscribir un contrato de seguro. La providencia descartó la posibilidad de aplicar el precedente de la sentencia T-832 de 2010, toda vez que no es este un caso en que la aseguradora haya objetado las reclamaciones con base en cláusulas indeterminadas o genéricas. Así las cosas, al considerar que la objeción de la aseguradora se encontraba fundada, consideró que el conflicto debe ser resuelto por la justicia civil. De igual forma, el juez estimó que al ser este un asunto que gira en torno al cumplimiento de obligaciones contractuales, en el caso concreto no se lesionó ningún derecho fundamental del actor, toda vez que no logró probar una afectación real del derecho al mínimo vital. Por lo expresado, la tutela fue declarada improcedente.

3.3.2. Impugnación

El tres (3) de julio de dos mil catorce (2014),[53] la señora Delsy Ospino presentó impugnación contra el fallo del juez de primera instancia. La impugnante argumentó que en este caso sí se probó un perjuicio irremediable en cabeza del señor Pinto Romero, en la medida en que aquel sufre de un padecimiento grave e incurable, es un hombre cabeza de familia, responsable de todos los gastos de su grupo familiar, y cuenta con recursos precarios para sufragar sus gastos.

3.3.3. Sentencia de segunda instancia

El quince (15) de agosto de dos mil catorce (2014),[54] el Juzgado Primero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Barranquilla confirmó la sentencia de primera instancia. El juez constitucional consideró que en esta ocasión se estaba frente a una disputa de carácter contractual y privado, que no involucraba derechos fundamentales. En vista de lo anterior, consideró que existían otros medios de defensa judicial disponibles para el accionante, como lo era el recurso a la justicia civil. Por esta razón, confirmó la improcedencia del amparo solicitado.

4. Expediente T-4708930

4.1. Hechos

1. Bertha María Vallejo Arteaga, actuando por medio de representante, interpuso acción de tutela contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S. A., por considerar que vulneraron sus derechos fundamentales de petición, al mínimo vital y a la vida digna.[55]
2. Señala la accionante que celebró un contrato de mutuo para la compraventa de una vivienda, por un monto de cuarenta y nueve millones setecientos setenta y seis mil setecientos veinte pesos (\$49.776.720), con el fin de adquirir un apartamento en la ciudad de Pasto.[56]
3. Aduce que dentro de las garantías exigidas por el banco para el préstamo se encontraban la constitución de una hipoteca abierta sin límite de cuantía sobre el inmueble[57] y la adquisición de una póliza de seguro de vida e incapacidad permanente con Seguros Bolívar, a lo que la tutelante accedió.[58]
4. Indica que el cuatro (4) de junio de dos mil trece (2013), fue valorada por medicina laboral con una pérdida de la capacidad laboral del 78%, por enfermedad común, al padecer antecedentes de dolor cervicobraquial y lumbar de ocho (8) años de evolución, así como alteraciones del comportamiento, insomnio, labilidad emocional, ideación perseverante referencial, anhedonía y episodios de vértigo.[59]
5. Mediante Decreto N° 0008 del diez (10) de enero de dos mil catorce (2014), la Secretaría de Educación de Pasto retiró del servicio a la tutelante,[60] concediéndole una pensión de invalidez por medio de la Resolución N° 200 del seis (6) de febrero de dos mil catorce (2014).[61]
6. Alega que debido a su condición de salud e imposibilidad para desempeñar trabajo alguno, su manutención y sobrevivencia se han visto comprometidas.[62]
7. Expresa que el diecisiete (17) de marzo de dos mil catorce (2014), solicitó al Banco Davivienda que pidiera, a su vez, a Seguros Bolívar cancelar la póliza que cubría la obligación crediticia.[63]
9. Sostiene que en ningún momento faltó a la verdad, puesto que cuando suscribió el contrato de seguro no tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad crónica. Indica que ello es aún más cierto si se considera que la información respecto al estado de salud se

pasa para ser llenado de forma inmediata, de tal suerte que la persona no cuenta en ese momento con conocimientos médicos relevantes.[66]

10. La anterior situación, a juicio de la actora, vulnera sus derechos fundamentales, por lo que solicita que se ordene a Seguros Bolívar pagar a Davivienda los saldos insolutos de la obligación crediticia que la señora Vallejo adeuda, desde el momento en que se estructuró su invalidez.

4.2. Respuestas de las entidades accionadas

El ocho (8) de agosto de dos mil catorce (2014), el Juzgado Segundo Civil Municipal de Pasto dispuso admitir la acción de tutela instaurada por Bertha María Vallejo Arteaga contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S.A. y ordenó notificar a las partes accionadas.[67]

4.2.1. Respuesta del Banco Davivienda

El trece (13) de agosto de dos mil catorce (2014),[68] el Banco Davivienda contestó la acción de tutela interpuesta por la accionante y solicitó que la misma fuera negada por improcedente. La entidad bancaria adujo no tener injerencia en la decisión de la aseguradora, puesto que es esta última quien decide las condiciones que han de cumplirse para que se cubra el riesgo asegurado. Por ello, estimó que no vulneró derecho fundamental alguno de la parte actora.

4.2.2. Respuesta de Seguros Bolívar

El catorce (14) de agosto de dos mil catorce (2014),[69] Seguros Bolívar remitió oficio al juzgado de primera instancia por medio del cual respondió a la acción de tutela impetrada por la señora Vallejo y solicitó que la tutela fuera declarada improcedente. En su contestación, relató que la actora adquirió cuatro (4) créditos con el Banco Davivienda[70], por lo que firmó sendas declaraciones de asegurabilidad y fue incluida en la póliza de vida grupo deudores de Seguros Bolívar S. A.

Igualmente, afirmó que una vez aquella solicitó al Banco Davivienda hacer efectiva la póliza, debido a su estado de salud, la entidad bancaria presentó reclamación por el estado de incapacidad total y permanente de la asegurada, la cual fue, a su vez, objetada por la compañía de seguros al establecer que desde antes de adquirir la póliza había sido

diagnosticada con un grupo de males que no fueron declarados al momento de llenar la declaración de asegurabilidad, lo que significa que incurrió en reticencia, situación que da lugar a la nulidad del contrato. A continuación, declaró que, al oponerse de forma legítima al pago de la indemnización, Seguros Bolívar no violó derecho fundamental alguno a la señora Vallejo, toda vez que este es un asunto contractual, que devino del acuerdo de voluntades entre las partes. Así las cosas, la parte accionada argumentó que al existir otros medios de defensa judicial, la tutela no es el mecanismo idóneo para ventilar este tipo de conflicto, que tiene un carácter contractual y está regido por el derecho privado.

4.3. Decisiones judiciales que se revisan

4.3.1. Sentencia de primera instancia

El veinte (20) de agosto de dos mil catorce (2014),[71] el Juzgado Segundo Civil Municipal de Pasto tuteló los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la señora Bertha Vallejo y, en consecuencia, ordenó a Davivienda proceder a la reestructuración de su crédito o deuda, para que el mismo tuviese un plazo más amplio y unas cuotas más bajas, que resultaran al alcance de la actora. Empero, dispuso no tutelar los derechos de acuerdo a las pretensiones formuladas por la accionante, al considerarlas improcedentes.

El juzgado consideró que la discusión en torno al deber de la aseguradora de hacer efectiva la póliza era una controversia de origen contractual, que debía ser ventilada ante el juez civil y no el constitucional. Por contar la señora Vallejo Arteaga con otros medios de defensa judicial, el juzgado estimó que la acción constitucional debía ser declarada improcedente. Sin embargo señaló que, debido a la incertidumbre del resultado del proceso ordinario, era necesario ordenar la reestructuración de la deuda de la tutelante, ello con el fin de impedir que acaeciera un perjuicio irremediable.

4.3.2. Impugnación

Posteriormente, la señora Bertha Vallejo impugnó la providencia mencionada,[72] toda vez que consideró que la misma no se ajustaba al ordenamiento jurídico superior. De acuerdo con el recurso, la decisión del juez de primera instancia no valoró su difícil situación económica y física, ni tuvo en cuenta que al ser el contrato un negocio jurídico aleatorio y forzado, no es razonable exigir su suscripción para acceder a productos financieros a menos

que en caso de siniestro la póliza se haga efectiva. También adujo a su favor que en situaciones de toma de seguros de vida, la compañía aseguradora está obligada a revisar la historia clínica y practicar los respectivos exámenes médicos, cosa que en este caso no ocurrió.

4.3.3. Sentencia de segunda instancia

El veintiséis (26) de septiembre de dos mil catorce (2014),[73] el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pasto revocó la sentencia de primera instancia, en los apartes que tutelaron los derechos fundamentales de la accionante. En su providencia, el juez constitucional señaló que este caso debió ser discutido frente al juez civil, toda vez que se trata de una controversia contractual, regida por el derecho privado. Además, evaluó si los medios disponibles eran idóneos, llegando a una conclusión afirmativa, toda vez que estimó que la situación económica de la accionante sí le permitiría acceder a la justicia civil para hacer valer allí sus derechos. De la misma manera, descartó la posibilidad de encontrarse frente a un perjuicio irremediable toda vez que por la naturaleza del conflicto y las condiciones de la actora, a esta no se le estaba conculcando ningún derecho fundamental al no hacerse efectiva la póliza de seguros.

5. Trámite ante la Corte Constitucional

Por medio de auto del nueve (9) de diciembre de dos mil catorce (2014), la Sala de Selección Número Doce eligió los expedientes para revisión.[74]

5.1. Auto de pruebas

El diecisiete (17) de abril de dos mil quince (2015),[75] se decretaron pruebas dentro de los expedientes de la referencia. En este sentido, la Sala Primera de Revisión dispuso oficiar a la compañía Seguros de Vida Colpatria S.A., Seguros de Vida Suramericana S. A., Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales, y a la compañía Seguros Bolívar para que remitieran copia de la documentación referida a las respectivas pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente correspondientes a cada caso, con sus respectivos anexos.

De la misma manera, se dispuso oficiar al Banco Caja Social y Colmena Vida y Riesgos

laborales para que informaran si la aseguradora canceló la póliza de vida grupo deudores N° 4600, cuyo tomador es el Banco Caja Social Colmena, que amparaba al señor Roberth Alberto Pinto Romero, en lo correspondiente al crédito de consumo N° 3050676810, tal como lo indicó en la respuesta a la acción de tutela interpuesta por la señora Delsy del Carmen Ospino Hernández.

5.1.1. Expediente T-4698859

Respuesta de AXA Colpatria Seguros de Vida S. A.

El veintinueve (29) de abril de dos mil quince (2015),[76] Paula Marcela Moreno Moya, en su calidad de Representante Legal para Asuntos Judiciales y Administrativos o Policivos de AXA Colpatria Seguros de Vida S.A., contestó el requerimiento emitido por la Sala de Revisión y remitió copia de la póliza de seguro de vida individual N° 2026223 y sus anexos, donde figura como tomadora y asegurada la señora Amparo Gálvez de Prieto.

Respuesta de José Emilio Prieto González, Carlos Hernán Prieto Gálvez y Elizabeth Gálvez

Por medio de memorial allegado el veintiocho (28) de abril de dos mil quince (2015),[77] los señores José Emilio Prieto González y Carlos Hernán Prieto Gálvez, y la señora Elizabeth Gálvez, contestaron al oficio remitido por la Sala de Revisión. En su respuesta, los vinculados expresaron su descontento con la objeción del siniestro por parte de la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A., en este sentido, señalaron que “[I]o más lamentable es que la COMPAÑÍA DE SEGUROS COLPATRIA, al venderle el CONTRATO DE PÓLIZA, no le pidió pese a la edad de 61 años, un examen médico reciente y menos hacerle exigible HISTORIA CLÍNICA ACTUALIZADA. // Es preciso indicar que en los momentos de firmar el contrato a mi madre no se le notaba enfermedad o patología alguna y menos ser una mujer hipertensa, dado que Nunca se le hizo un afinamiento y menos por intermedio de un MAPA en razón a que No era hipertensa.”[78]

5.1.2. Expediente T-4712587

Respuesta de Seguros de Vida Suramericana S. A.[79]

El diecinueve (19) de mayo de dos mil quince (2015),[80] María del Pilar Vallejo Barrera, representante legal judicial de Seguros de Vida Suramericana S. A., contestó al oficio

remitido por la Sala Primera de Revisión. En su respuesta indicó que: (i) entre Rosa Tulia Cáceres Muñoz y Seguros de Vida Suramericana S. A. solo se ha celebrado un contrato de seguro de vida y, por lo tanto, solo se expidió una póliza; (ii) la póliza de seguros expedida, identificada con número 3569458-3, fue suscrita el veintitrés (23) de diciembre de dos mil once (2011) y habría sido cancelada el veintitrés (23) de enero de dos mil doce (2012); (iii) en relación con esta póliza, los beneficiarios presentaron una reclamación para hacerla efectiva, ante lo cual la compañía de seguros objetó el pago, aduciendo que el contrato había terminado por mora en el pago de la prima once (11) meses antes de la muerte de la señora Cáceres Muñoz; (iv) a la respuesta se anexó la documentación relativa a la póliza referida.

Respuesta de Omar Luis Flórez Herrera

El veintinueve (29) de abril de dos mil quince (2015), Omar Luis Flórez Herrera respondió al oficio remitido por la Sala de Revisión. El vinculado, en primera medida, se pronunció respecto a los hechos e indicó que eran ciertos. De igual forma, manifestó que coadyuvaba las pretensiones de los accionantes.[81]

5.1.3. Expediente T-4707706

Respuesta de Liberty Seguros

El veintinueve (29) de abril de dos mil quince (2015),[82] Luis Alberto Rairán Hernández, Representante Legal para Asuntos Judiciales de Liberty Seguros de Vida S. A., remitió copias de la solicitud de certificación individual del seguro de vida grupo deudores Póliza 4600, suscrita por el señor Roberth Alberto Pinto Romero, y de las condiciones particulares del seguro de vida grupo deudores.

Respuesta de Colmena Vida y Riesgos Laborales

El veinticuatro (24) de abril de dos mil quince (2015),[83] Alma Ariza Fortich, Secretaria General de Colmena Vida y Riesgos Laborales, respondió al oficio remitido por la Sala de Revisión y adjuntó copias de las condiciones generales de la Póliza de Vida Grupo Deudores N° 012012-001, tomada por el Banco Caja Social por cuenta de sus clientes deudores y aplicables al caso del señor Robert Alberto Pinto, así como de la copia de solicitud

certificado individual de seguro de vida grupo deudores N° 4600, suscrita por aquel el treinta y uno (31) de marzo de dos mil nueve (2009).

En relación con el pago del saldo insoluto de la deuda contenida en el crédito de consumo N° 3050676810, adquirido por el señor Pinto, informó que la compañía de seguros realizó este pago el día once (11) de junio de dos mil catorce (2014), por un monto de dos millones trescientos noventa y dos mil sesenta y seis pesos (\$2.392.066). A su vez, señaló que también giró en favor del señor Pinto Romero un cheque por valor de cuatro millones novecientos treinta mil seiscientos setenta y nueve pesos (\$4.930.669), por concepto de reconocimiento de remanente generado entre el valor desembolsado y el valor pagado por el deudor.

Respuesta del Banco Caja Social

El treinta (30) de abril de dos mil quince (2015),[84] el Banco Caja Social respondió al oficio remitido por la Sala de Revisión. En la respuesta declara: “[...] informamos que una vez revisados nuestros aplicativos de Cartera, se evidenció que el crédito N° 30506768108 cuyo titular fue el señor Robert Alberto Pinto Romero, se encuentra cancelado a partir del 18 de julio de 2014, no obstante lo anterior, no es posible evidenciar si el motivo que generó el pago total de la obligación, fue por parte de la aseguradora Arl Colmena Vida y Riesgos Laborales, o por otras circunstancias ajenas a la misma.”[85]

Respuesta de Seguros Bolívar

El veintisiete (27) de abril de dos mil quince (2015),[86] José Fernney Rojas Cubides, representante legal de la compañía Seguros Bolívar, respondió al oficio remitido por la Sala de Revisión. En su respuesta, la entidad remitió copia de cuatro (4) certificados individuales de seguro, correspondientes a cuatro (4) créditos diferentes, con sus respectivos anexos.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

1. Competencia

La Sala es competente para revisar los fallos de tutela referidos, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución, y 33 y 34 del Decreto 2591 de 1991.

2. Planteamiento del caso y problemas jurídicos

2.1. En los distintos casos cuya revisión se acumula en esta providencia, se exponen situaciones de personas que tomaron o se encontraban aseguradas por pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente. Al materializarse el siniestro (muerte o incapacidad total y permanente), las compañías de seguros objetaron las reclamaciones presentadas por los beneficiarios, bajo el argumento de que los tomadores/asegurados habían incurrido en reticencia al momento de llenar las declaraciones de asegurabilidad, pues omitieron declarar el padecimiento de pre-existencias cuando celebraron los respectivos contratos de seguros. Adicionalmente, en uno de los casos, la aseguradora indicó que la póliza de seguros –grupo docentes– cuya cancelación se reclamaba, no había sido expedida, toda vez que el pago de la primera prima, que debía realizar por medio de un descuento por nómina, no se llevó a cabo en el mes pactado sino en el siguiente, debido a una situación no imputable a la tomadora y desconocida por aquella.

2.2. De acuerdo a los hechos planteados, corresponde a la Sala determinar, en primer lugar, si las tutelas resultan procedentes en cada caso para controvertir la no cancelación de las pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente. De considerarse que las acciones resultan procedentes, deberá responderse a las siguientes preguntas: (i) ¿Se vulneran los derechos fundamentales de una persona (tomador/asegurado) cuando una compañía aseguradora objeta los siniestros por reticencia (pólizas de vida e incapacidad total y permanente), al considerar que el asegurado ocultó información sobre su estado de salud cuando adquirió el respectivo seguro?; (ii) ¿vulnera una aseguradora los derechos fundamentales de los causahabientes de una persona fallecida cuando objeta el pago de un seguro de vida argumentando que la póliza no había sido expedida, debido a una situación no imputable a la tomadora y desconocida por esta?

2.3. Con el fin de abordar estas cuestiones, en primer lugar, se analizará la procedencia excepcional de la acción de tutela para la reclamación de prestaciones económicas relacionadas con contratos de seguros. A continuación, se presentarán algunas consideraciones sobre la jurisprudencia constitucional relativa al seguro de vida, reticencia y buena fe. Luego, se abordará el estudio de cada uno de los casos en revisión, respecto a los cuales se analizará la procedencia de la acción y, de encontrarse satisfecho este requisito, el asunto de fondo. Por último, se expondrán las órdenes a impartir.

3. Procedencia excepcional de la acción de tutela en casos de reclamación de prestaciones económicas derivadas de contratos de seguros

3.1. En reiterada jurisprudencia, esta Corte ha sostenido que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto tiene fundamento en que: (i) estos se ocupan del manejo de recursos captados del público y, por lo tanto, su actividad puede ser considerada como un servicio público; (ii) las entidades bancarias detentan una posición dominante frente al usuario, por lo que es necesario equilibrar las posiciones en que se encuentran ubicadas cada una de las partes negociales.

3.2. En la sentencia T-057 de 1995,[87] la Sala Tercera amparó el derecho al debido proceso de un ciudadano que había sido obligado por una empresa aseguradora a suscribir una cláusula compromisoria que le impidió acceder a la justicia ordinaria para reclamar una póliza de seguros. En aquella ocasión, esta Corporación determinó que, además de considerarse que los ciudadanos pueden estar en posiciones de indefensión frente a las compañías aseguradoras, dicha actividad es de interés público, lo que haría procedente la acción de tutela en virtud de lo establecido en el Decreto 2591 de 1991.[88]

En la sentencia T-1165 de 2001,[89] la Sala Segunda de Revisión se pronunció sobre el amparo interpuesto contra una compañía que se negó a vender un seguro de vida a los actores por ser portadores asintomáticos del virus de inmunodeficiencia humana -VIH-. Consideró que los tutelantes se encontraban en una situación de evidente indefensión frente a la sociedad accionada y que la actividad aseguradora tenía un carácter de interés público, que hacía procedente la acción constitucional.[90]

Ahora bien, en relación con la indefensión como elemento que da lugar a la procedencia de la tutela contra particulares que se dedican al ejercicio de la labor aseguradora, la sentencia T-517 de 2006,[91] aclaró que “[...] la situación de indefensión es una noción de carácter fáctico que se presenta cuando una persona se encuentra en un estado de debilidad manifiesta frente a otra, de modo que, debido a las circunstancias que rodean el caso, no puede defenderse ante la agresión de sus derechos”.[92]

Por su parte, la sentencia T-306 de 2007[93] se refirió al caso de una mujer que después de la muerte de su esposo seguía recibiendo llamadas conminándola al pago de obligaciones provenientes de una tarjeta de crédito, a pesar de haber informado a tiempo a

la entidad bancaria sobre la muerte de su esposo, con el fin de hacer efectiva la póliza de seguro de vida que amparaba al deudor. La Sala Tercera de Revisión tuteló los derechos de la accionante y decantó las situaciones en las cuales ha de proceder la tutela contra particulares. Sobre este último punto, adujo que el juez constitucional ha “[...] diseñado un modelo de procedibilidad de la acción de tutela contra particulares, destinado a contrarrestar la asimetría de poderes que se presenta en los siguientes eventos: (i) cuando el particular contra el que se dirige tenga a su cargo la prestación de un servicio público o desempeñe funciones públicas; (ii) cuando la conducta del particular contra el que se dirige la tutela afecte grave y directamente el interés colectivo; (iii) cuando el solicitante se halle en estado de subordinación o de indefensión frente al particular contra el cual se interpone la tutela.”[94]

La Sala Sexta de Revisión también aseguró en sentencia T-832 de 2010[95] que en aquellos casos en los cuales el no pago de la póliza de seguros agrava la situación de debilidad manifiesta del actor, la tutela procede como “el mecanismo idóneo para resolver la controversia”, en la medida en que pueden verse afectados derechos fundamentales como el debido proceso y la vida digna.

Por su parte, en la sentencia T-662 de 2013[96] se tutelaron los derechos fundamentales de una ciudadana que solicitó a una aseguradora hacer efectiva la póliza que había tomado para respaldar un crédito hipotecario. La aseguradora se negó a ello, argumentando que las acciones derivadas del contrato de seguro prescribieron, al tomar como referencia la fecha de estructuración de invalidez y no la fecha en que se conoció la pérdida de capacidad laboral de la actora. La Corte decidió inaplicar la figura de la prescripción extintiva extraordinaria del artículo 1081 del Código de Comercio para garantizar la plena vigencia de los derechos fundamentales de la actora. Así, declaró que en eventos en los que el accionado sea una aseguradora se ha de realizar un análisis de la subsidiariedad de la acción, que permita reforzar la idea de debilidad manifiesta del actor frente a la compañía. Para la Corte es preciso verificar que concurren los siguientes requisitos: “(i) confirmar que no existe un mecanismo de defensa en el ordenamiento jurídico; (ii) en caso de existir, que este mecanismo no sea idóneo y/o eficaz; (iii) si se está en presencia de un sujeto de especial protección, se presume inidóneo salvo que, (iv) del análisis del caso concreto se concluya que las condiciones personales del actor no le impiden acudir a las vías regulares en condiciones de igualdad. En todo caso, (v) cuando se percate la existencia de un

perjuicio irremediable, el Juez debe otorgar la protección constitucional transitoriamente”.[97]

3.3. De las decisiones judiciales referidas, es posible llegar a las siguientes conclusiones: (i) la acción de tutela resulta procedente contra compañías de seguros, debido a que su actividad es de interés público; (ii) para que proceda la tutela es preciso que no se cuente con otros medios de defensa judicial y, que de haberlos, estos sean inidóneos o ineficaces en el caso concreto, o que pese a cumplir con dichas condiciones el actor se encuentre en riesgo de sufrir un perjuicio irremediable; (iii) en el caso de sujetos de especial protección constitucional, la falta de idoneidad de los medios tradicionales de defensa judicial se presume, por lo que la tutela solo resultará improcedente en el evento en que de las circunstancias particulares del caso pueda concluirse que el accionante puede acudir en pie de igualdad ante el juez ordinario.

3.4. Hechas estas consideraciones respecto a la procedencia excepcional de la acción de tutela contra compañías aseguradoras, se procederá a hacer un recorrido por la jurisprudencia constitucional sobre el contrato de seguro, la condición de reticencia y la buena fe.

4. Contrato de seguro, reticencia y buena fe

4.1. Como se expuso de manera previa, la Corte ha entendido que la relación contractual existente entre el tomador y la compañía de seguros se encuentra regida de forma primordial por el principio de autonomía privada de la voluntad, de acuerdo con el cual las partes pueden celebrar contratos sujetándose a las condiciones de la póliza y definiendo en sus anexos las coberturas de los riesgos asegurados.

Pero no debe perderse de vista que en el plano de los contratos de seguros la intervención del juez de tutela puede, eventualmente, estar justificada en la necesidad de garantizar que se respeten los derechos fundamentales de los tomadores. En torno a este asunto, la Corte se ha ocupado especialmente de dos situaciones: (i) casos en los que la aseguradora niega por reticencia el pago de las pólizas y (ii) casos en los que niega el pago por prescripción.

La reticencia y el principio de la buena fe

4.2. El artículo 1058 del Código de Comercio[98] establece la obligación para el tomador de una póliza de declarar aquellas situaciones o circunstancias que resulten de utilidad para determinar su nivel de riesgo. La no declaración de dichas condiciones es conocida como reticencia y su sanción consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro. Sin embargo, la Corte ha determinado que cualquier omisión del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad aseguradora está en la obligación de tomar las medidas que considere conducentes para comprobar la información suministrada, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

4.3. En la sentencia T-832 de 2010, la Sala Sexta de Revisión concedió el amparo de los derechos fundamentales al debido proceso, a la igualdad y de petición de una docente a quien una aseguradora se negó a cancelarle una póliza de seguro de vida “grupo deudores”, que amparaba una obligación crediticia, alegando que la actora padecía, con anterioridad a la vigencia de la póliza, la enfermedad que ocasionó la pérdida del 77,5% de su capacidad laboral. Respecto del caso referido, encontró que la aseguradora “[...] fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora [...] a la póliza de vida grupo deudores”.[99]

Así mismo, en la sentencia T-1018 de 2010[100] se conoció el caso de un ciudadano a quien le fue diagnosticado cáncer estomacal. Como consecuencia de su padecimiento y debido a su limitación física para realizar cualquier actividad laboral, se vio obligado a abandonar su trabajo. Al ser valorado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez se le asignó un 58,12% de pérdida de capacidad laboral de origen común. El actor asumió los costos de su valoración de invalidez con el fin de solicitar que se hiciera efectiva una póliza de seguros que había tomado de forma previa para amparar un crédito adquirido. Al realizar la reclamación, su solicitud fue denegada por no haber reportado que padecía de cáncer al momento de suscribir el contrato de seguro. La Sala Sexta de Revisión declaró en ese caso la carencia actual de objeto, pues Bancolombia hizo las respectivas condonaciones de deuda. No obstante, la Corte advirtió que “[...] la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante estar cubierto con un seguro de

vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente.”[101]

En la sentencia T-086 de 2012[102] la Sala Octava de Revisión conoció varios casos de personas que se desempeñaban como docentes y que solicitaron préstamos a entidades del sistema financiero respaldados con pólizas de seguros de vida “grupo deudores”. Las aseguradoras se negaron a pagar los saldos insolutos de las obligaciones contraídas, argumentando que, para cuando se otorgaron los préstamos, a los accionantes ya se les habían diagnosticado enfermedades expresamente excluidas de la póliza. Si bien la Corte declaró que la acción de tutela debía declararse improcedente, recalcó la importancia del principio de buena fe en la relación contractual entre la compañía de seguros y el tomador de la póliza.[103]

Por su parte, en la sentencia T-751 de 2012[104] se estudiaron dos casos de personas que adquirieron créditos con entidades bancarias, así como pólizas de seguro que las cobijaban contra los riesgos de invalidez y muerte, en respaldo del cumplimiento de dichas obligaciones. Sin embargo, luego de presentarse el siniestro, al solicitar a las compañías aseguradoras cancelar las pólizas, estas objetaron la reclamación, aduciendo que las aseguradas habían incurrido en reticencia. La Sala Primera de Revisión amparó los derechos de estas personas porque consideró que la objeción realizada por las aseguradoras carecía de fundamento y estaba sustentada en una interpretación injustificada de los contratos de seguro y de los hechos. En esa oportunidad, frente al uso de cláusulas genéricas y ambiguas en los contratos de seguros el juez constitucional recordó que estas son contrarias al principio de buena fe. También concluyó que corresponde a la aseguradora corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías. Dada la naturaleza de adhesión que generalmente presenta este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene la responsabilidad de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

Por su parte, en la sentencia T-342 de 2013[105] se tutelaron los derechos a la vida, al

mínimo vital, a la familia, a la alimentación, a la salud y a la dignidad humana de un docente calificado con un 97% de pérdida de capacidad laboral, que previamente había adquirido varios créditos respaldados con una póliza de seguro de “vida deudores”. Al solicitar que se cancelara la póliza debido a la ocurrencia del siniestro asegurado, su reclamación fue objetada por la compañía aseguradora, debido a que el asegurado habría incurrido en reticencia. Para la Sala Sexta de Revisión la aseguradora “[...] omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores”. Por ello ordenó a la aseguradora efectuar los trámites necesarios para pagar los saldos insolutos de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor.

Finalmente, en la sentencia T-222 de 2014[106] se estudiaron varios casos en los cuales unos ciudadanos adquirieron créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declarados inválidos, pese a lo cual, al solicitar que se cancelaran las pólizas de seguros, las aseguradoras se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (pre-existencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: “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”.

4.4. En cuanto a las decisiones judiciales mencionadas, es posible llegar a un conjunto de conclusiones respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida. Así pues, se tiene que: (i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes.

4.5. Con base en las condiciones descritas, y al tomar como referente la figura de la reticencia, es posible sintetizar los deberes de las compañías aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados en cuatro cargas básicas: (i) claridad; (ii) información; (iii) comprobación y (iv) lealtad.[107]

La carga de claridad se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza. En los contratos de seguro la claridad en la definición de las condiciones de celebración y ejecución del acto jurídico reviste especial importancia, debido a que la ambigüedad de los acuerdos pactados tiene la potencialidad de afectar el equilibrio contractual que rige las relaciones entre las partes. La carga de claridad es, en este sentido, una salvaguarda que pretende evitar la vulneración de derechos fundamentales de los particulares y garantizar el correcto desarrollo del objeto negocial.

De igual forma, a las compañías de seguros les resulta exigible una carga de información,

referida a dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que al momento de celebrar el negocio jurídico relativo al contrato de seguro, el mismo lo haga desde una base de consentimiento informado. La carga de información implica que esta sea veraz y completa, de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio. Ello implica, a su vez, un deber de prestar asistencia al asegurado en relación con los trámites y procedimientos necesarios para adquirir la póliza y solicitar su ejecución. Debido a las dificultades que puede representar la complejidad de la documentación referida al contrato de seguro para el tomador, es deber de la aseguradora explicarle a este último cualquier situación que el mismo no comprenda e incluso aquellas cuestiones que, por su propia naturaleza, pueden resultar confusas para el particular.

Adicionalmente, las aseguradoras tienen una carga de comprobación, que consiste en verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros. Esta carga tiene una especial relevancia en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad referidas al estado de salud. Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones. El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales.

Por último, existe una carga de lealtad que puede entenderse como un mandato general para la aseguradora de evitar cualquier conducta que pueda inducir a error al tomador o que le genere detrimento de forma ilegítima. Esta carga puede entenderse como una prohibición para las aseguradoras de abusar de la autonomía privada de la voluntad para afectar los intereses de su contraparte contractual, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.

4.6. Estas cargas resultan exigibles a la compañía de seguros debido a que es indispensable

garantizar a los tomadores de seguros un equilibrio entre las partes que concurren en la celebración del negocio jurídico, de tal suerte que se propenda por la exactitud y claridad en las declaraciones de asegurabilidad, con el fin de preservar la buena fe contractual y velar por el respeto de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

5. La protección especial otorgada a las personas con discapacidad o debilidad manifiesta y el derecho fundamental al mínimo vital

5.1. La Corte a través de su jurisprudencia ha precisado el alcance de la protección especial otorgada a las personas con discapacidad, expresión esta que exige la igualdad de derechos y oportunidades de quienes padecen alguna discapacidad respecto del resto de la comunidad, sin que deba existir algún trato discriminatorio por motivos de tal condición. Así, la protección se da en doble vía, debido a que las personas en situación de discapacidad tienen el derecho a que se tomen todas las medidas y acciones encaminadas a garantizar el pleno ejercicio de sus derechos fundamentales, y, a su vez, el Estado tiene el deber de otorgar un trato especial a las personas que sufran una discapacidad.[108]

5.2. Con respecto al derecho al mínimo vital, esta Corporación ha señalado que este presenta dos dimensiones de desarrollo. De una parte, una dimensión positiva, que se relaciona con la obligación a cargo del Estado y excepcionalmente de los particulares, de suministrar a la persona que se encuentra en un estado de discapacidad o de debilidad manifiesta las prestaciones necesarias e indispensables para sobrevivir dignamente y evitar su degradación o aniquilamiento como ser humano, con lo cual se puedan mantener unas condiciones mínimas de vida digna. De otra parte, una dimensión negativa, que establece un límite mínimo de las condiciones dignas y humanas que merece toda persona, en los términos de la Constitución y de la ley. Entonces, cuando quien se encuentre en situación de discapacidad ve afectado su derecho al mínimo vital y, a su vez, le resulta imposible protegerlo o garantizarlo, la acción de tutela surge como el mecanismo definitivo y adecuado para ello, a pesar de la existencia de otros medios judiciales ordinarios, toda vez que este derecho se encuentra en estrecha relación con otros derechos constitucionales como la dignidad y la vida en condiciones dignas.[109]

Así las cosas, esta Corporación ha reiterado en su jurisprudencia que el mínimo vital es un derecho fundamental ligado estrechamente a la dignidad humana, ya que “constituye la

porción de los ingresos del trabajador o pensionado que están destinados a la financiación de sus necesidades básicas, como son la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional”.[110]

En este orden de ideas, también se ha señalado que el concepto de mínimo vital no se reduce a una perspectiva cuantitativa, sino que, por el contrario, es cualitativo, ya que su contenido depende de las condiciones particulares de cada persona. Así, este derecho no es necesariamente equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente y depende del entorno personal y familiar de cada quien. De esta forma, cada persona tiene un mínimo vital diferente, que depende en últimas de la condición socioeconómica que ha alcanzado a lo largo de su vida.[111]

5.3. Formuladas estas consideraciones, es preciso abordar el estudio de cada uno de los casos para determinar, en primera medida, si cada una de las acciones de tutela resultan procedentes y, a continuación, si resultaron lesionados los derechos fundamentales de los tutelantes.

6. Caso concreto

6.1. Expediente T-4698859

6.1.1. Procedencia de la acción

La señora Amparo Gálvez de Prieto adquirió el veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013) una póliza de seguros de vida e incapacidad total y permanente con la compañía Seguros de Vida Colpatria S.A. De acuerdo con la accionante, luego de celebrar el negocio jurídico, su estado de salud desmejoró hasta el punto de ser declarada inválida. Así las cosas, ocurrido el siniestro, le solicitó a la compañía que le reconociera la indemnización, objetando esta última la reclamación, por considerar que la accionante incurrió en reticencia, puesto que al momento de adquirir la póliza no declaró el padecimiento de varias enfermedades, las cuales incluirían: “Hipertensión ESENCIAL (Primaria), Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión, para el 5 de marzo de 2009, Dislipidemia, para el 27 de enero de 2010, antecedentes patológicos HTA, para el 22 de enero de 2012, Trastorno

depresivo-Trastorno de ansiedad RGE severo, para el 9 de agosto de 2013”.[112]

A propósito de la procedencia de la acción de tutela, deben analizarse las circunstancias particulares de la accionante. Se trata de una persona que perdió el 71,14% de su capacidad laboral, según dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Valle del Cauca número 8410214, del catorce (14) de febrero de dos mil catorce (2014).[113] Al respecto, en aquellos casos que involucran a sujetos de especial protección constitucional el juez de tutela debe flexibilizar el examen de subsidiariedad de la acción de amparo, con el fin de tomar en cuenta las condiciones específicas de quien acude al amparo.

En este asunto, la precaria situación de salud de la actora, que incluye patologías como deficiencia global por hipoacusia neurosensorial, hipertensión arterial clase II, gastritis crónica y hernia hiatal, artritis reumatoidea, osteoartrosis generalizada clase II y trastorno depresivo, la ha llevado a un estado de invalidez permanente, a lo que se suma su difícil situación económica, hacen que no sea proporcional ni razonable su sometimiento a un proceso ordinario. Por lo dicho, la Sala estima que la acción de tutela interpuesta por la señora Gálvez debe ser declarada procedente.

6.1.2. Asunto de fondo

De acuerdo con la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A., al diligenciar el formulario de solicitud de seguro de vida individual N° 2016223, de fecha veinte (20) de mayo de dos mil trece (2013), la señora Amparo Gálvez de Prieto omitió declarar el padecimiento de múltiples enfermedades y condiciones de salud que la acompañaban desde hacía tiempo.

Según la aseguradora, a la accionante en el mencionado formulario se le hicieron las siguientes preguntas: “¿ha sufrido o padecido de trastornos mentales o psiquiátricos?”[114], y “¿ha padecido de enfermedades del corazón, dolor al pecho, o tensión alta?”,[115] a lo cual aquella respondió de forma negativa. A continuación, indicó que al consultar la historia clínica de la señora Amparo Gálvez, emitida por la UBA Coomeva-Tuluá, se evidenciaron, entre otros, los siguientes antecedentes médicos: “Hipertensión ESENCIAL (Primaria), Trastorno Mixto de Ansiedad y depresión, para el 5 de marzo de 2009, Dislipidemia, para el 27 de enero de 2010, antecedentes patológicos HTA, para el 22 de enero de 2012, Trastorno depresivo-Trastorno de ansiedad RGE severo, para

el 9 de agosto de 2013”.[116] Por lo anterior, Seguros de Vida Colpatria S. A. objetó la reclamación de la accionante, bajo el argumento de que la misma habría incurrido en reticencia al momento de llenar la declaración de asegurabilidad. Sin embargo, precisó la señora Amparo Gálvez de Prieto que al momento de suscribir el contrato, la asesora de la compañía no le dio suficiente información para llenar la declaración de asegurabilidad.

Se advierte que, de una parte, la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A. alega que la señora Gálvez de Prieto obró de mala fe al llenar el formulario de asegurabilidad, ello con base en la inexactitud reflejada en el mismo, luego de cotejar el documento con la historia clínica de la accionante, lo que sería atribuible a un acto consciente, que pretendía ocultar su verdadero estado de salud. Por otra parte, la actora contradice dicha hipótesis y argumenta que las alegadas pre-existencias no son las que generaron la pérdida de la capacidad laboral en un 71,14%. Se observa en el formulario del dictamen realizado por la junta regional de calificación de invalidez del Valle del Cauca, el catorce (14) de febrero de dos mil catorce (2014), el siguiente diagnóstico motivo de calificación: “Trastorno depresivo recurrente - episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos”. “Retinopatías del fondo y cambios vasculares retinianos”. “Hipoacusia neurosensorial - bilateral”. “Hipertensión esencial (primaria)”. “Gastritis crónica - no especificada”. “Otras artritis reumatoideas especificadas”. “Osteoartritis primaria generalizada”.[117]

Al analizar la solicitud de seguro de vida individual suscrita por la accionante,[118] así como la concomitante declaración de asegurabilidad,[119] la Sala constata que al momento de suscribir la póliza a la señora Gálvez de Prieto se le formularon una serie de por los menos cuarenta y seis (46) preguntas referidas al estado de salud y otros factores de riesgo sobre su vida e integridad física. Entre ellas, la pregunta treinta y nueve (39) que se responde en forma afirmativa, indica: “¿se sometería a un examen practicado por el médico de Colpatria?”.[120] Según las pruebas documentales allegadas por las partes y revisadas con detenimiento, dicho examen nunca se realizó por parte de la aseguradora. Así las cosas, la compañía se encontraba facultada para conocer el estado de salud de la accionante al momento de suscribir el contrato.

Si bien es cierto que constituye un deber de la compañía aseguradora preguntar por el estado de salud y demás condiciones relevantes del tomador de un seguro de vida, no puede perderse de vista que dichas indagaciones se encuentran, a su vez, mediadas por un

conjunto de cargas en cabeza de la aseguradora. Dentro de estas se encuentran, principalmente, (i) una carga de información en relación con el tomador del seguro, de tal forma que se le preste toda la asistencia necesaria para que el mismo, al responder a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, pueda resolverlas adecuadamente; (ii) una carga de claridad, en relación con los aspectos por los cuales se pregunta al tomador; (iii) una carga de confirmación, que se traduce en la necesidad de corroborar la información suministrada por el tomador por medio de la realización de exámenes médicos o la exigencia de que se aporten unos recientes, para constatar el estado de salud de la contraparte contractual, y (iv) una carga de lealtad, que se traduce en un deber de abstención de abusar de la posición dominante que le asiste a la aseguradora.[121]

De la historia clínica de la accionante, que sea de paso decirlo, fue consultada por la aseguradora una vez se le hizo la solicitud de reconocimiento del siniestro, se desprende que sufría de un conjunto de padecimientos que si bien no se registraron al momento de tomar la póliza de seguro, por sí solos, no derivaron en su actual condición de salud y que le implicó la pérdida de la capacidad laboral en un 71,14%, lo que tuvo ocurrencia bajo la vigencia del seguro.[122] En el formulario del dictamen, se lee que la calificación incluye las siguientes categorías: Deficiencia 39,84%; Discapacidad 11,80%, y Minusvalía 19,50%. Es decir, confluyeron una serie de factores médicos determinantes de su actual situación, que no necesariamente se presentaban al momento de suscribir el contrato. En este sentido, no puede afirmarse que la tutelante haya incurrido en reticencia. Además, como se explicó en párrafos anteriores, la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador, condición que no fue demostrada por la compañía accionada.

En el caso concreto, se observa que la compañía aseguradora no cumplió con la carga de comprobación, en el sentido de verificar lo señalado por la tomadora/asegurada al momento de adquirir la póliza de seguros. Recuerda la Sala que a través de las sentencias T-751 de 2012[123] y T-342 de 2013[124], se precisó que corresponde a las aseguradoras corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la solicitud de entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse de responsabilidad, pues dada la

naturaleza de adhesión de este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene el deber de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

La señora Amparo Gálvez de Prieto, de 62 años de edad[125] y con una pérdida de la capacidad laboral del 71,14%, ha visto menguado su mínimo vital debido a que en la actualidad se encuentra imposibilitada para desarrollar labores que le permitan obtener ingresos para su congruo sostenimiento, pues el deterioro de su salud es permanente.[126] En estas circunstancias, claramente la cancelación de la póliza de seguro de vida individual implicaría un alivio económico para la accionante y le generaría algunos recursos necesarios para procurarse condiciones de vida digna.

En virtud de las consideraciones expuestas, la Sala de Revisión estima que la compañía Seguros de Vida Colpatria S.A. vulneró los derechos fundamentales de la accionante al mínimo vital y al debido proceso al objetar el siniestro por reticencia y negarse, con base en dicha objeción, a cancelar la póliza de seguros. Por lo anterior, ordenará a Seguros de Vida Colpatria S. A. que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida individual N° 2026223, expedida el veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013), en favor de la señora Amparo Gálvez de Prieto.

6.2.1. Procedencia de la acción

El señor Saúl Cáceres Mejía y la señora Tulia Muñoz Ruiz aducen en su tutela que su hija fallecida, Rosa Tulia Cáceres Muñoz, adquirió dos pólizas de seguros de vida con Seguros de Vida Suramericana S. A., una correspondiente a un contrato de seguro de vida grupo docentes y la otra a un contrato de seguro de vida individual. Plantean, además, que luego del deceso de su hija solicitaron a las accionadas cancelar las pólizas de seguro mencionadas, frente a lo cual encontraron una respuesta negativa debido a que, según indicaron estas, la póliza de seguro de vida grupo docentes no había sido expedida y el contrato de seguro de vida individual terminó, debido a la falta de pago de las primas por parte de la tomadora. Posteriormente, Interseg Intermediarios de Seguros declaró que la póliza de seguro de vida grupo docentes no podía cancelarse debido a que la tomadora incurrió en reticencia, al no declarar que padecía un cáncer maligno al momento de adquirir el seguro.

Al analizar la procedencia de la tutela, se tiene que, en primer lugar, los accionantes

manifiestan que son adultos mayores, cuyo sustento proviene de labores de ventas informales de productos comestibles, sin que cuenten con una fuente de ingresos estable ni recursos para proveerse un mantenimiento en condiciones mínimas.[127] Así las cosas, la Sala encuentra que los accionantes son sujetos de especial protección constitucional, de una parte, debido a su edad –que supera los 70 años– y, de otra parte, debido a su situación económica. En este orden de ideas, no resultaría proporcionado que se declare improcedente la tutela interpuesta debido a que los actores cuentan con otro medio de defensa judicial ante la jurisdicción ordinaria, pues ello implicaría desconocer las desventajas especiales a que se ven enfrentados y que, muy probablemente, se traducirán en una limitación de la posibilidad de obtener una respuesta judicial oportuna.

Pero es necesario precisar que la tutela no resulta procedente por el solo hecho de que se trate de sujetos de especial protección constitucional. Como se advirtió, esta condición no elimina el examen de subsidiariedad de la acción, sino que tan solo lo flexibiliza, por lo que solo de encontrarse acreditadas condiciones específicas que permitan afirmar que, de acuerdo a las circunstancias concretas del accionante, este puede acudir ante el juez ordinario en pie de igualdad con el resto de ciudadanos para buscar allí justicia, habrá de declararse improcedente la tutela.

En el caso objeto de análisis, las circunstancias particulares de los accionantes facultan al juez de tutela para proferir una decisión de fondo, en la medida en que no se encuentra prueba en el expediente de la capacidad para acceder de forma efectiva a la administración de justicia por medio de las opciones judiciales ordinarias. Así las cosas, la tutela debe ser declarada procedente.

6.2.2. Asunto de fondo

En el caso del señor Cáceres y la señora Muñoz, se tiene que las diferencias suscitadas entre los accionantes e Interseg Intermediarios y Seguros de Vida Suramericana S. A., se presentan en relación con dos pólizas de seguros; por una parte, se encuentra la referida al seguro de vida individual número 3569458-3,[128] vigente desde el veintitrés (23) de diciembre de dos mil once (2011), cuyo amparo básico corresponde a un valor de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000), con posibilidad de ascender hasta un monto de setenta millones de pesos (\$70.000.000), en caso de la ocurrencia de cáncer o invalidez, pérdida de

capacidad funcional y desmembración por accidente o enfermedad. Por otra parte, el seguro de vida grupo docentes, con número de solicitud 44060,[129] cuyo valor asegurado es de cuarenta millones de pesos (\$40.000.000) y con fecha de vigencia a partir del primero (1º) de enero de dos mil trece (2013).

En comunicación del ocho (8) de abril de dos mil catorce (2014), Seguros de Vida Suramericana S.A. objetó el siniestro, representado en la muerte de la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz ocurrida el catorce (14) de febrero de dos mil trece (2013),[130] en relación con ambas pólizas. En cuanto a la póliza 3569458-3, la aseguradora adujo que “[...] para la fecha en la cual falleció la señora Cáceres Muñoz, 14 de febrero de 2013, la póliza había terminado por mora en el pago de la prima, razón por la cual no existía cobertura de la misma”[131], lo anterior debido a que el último pago de la prima había tenido lugar el veintitrés (23) de enero de dos mil doce (2012). En torno a la póliza identificada con número de solicitud 44060, la respuesta expresa que “[e]n cuanto al seguro de Vida Grupo Docentes [a] que Ustedes hacen referencia en su comunicación, sobre el particular le informamos que una vez verificadas nuestras bases de datos no se encontró póliza expedida para la fecha de fallecimiento de la señora Rosa Tulia Muñoz, esto es 14 de febrero de 2013.”[132]

Sobre la póliza de seguro de vida grupo docentes, en su respuesta a la acción de tutela, Interseg indicó que la forma de pago establecida para las primas fue la de descuento por nómina, autorizado por un valor de cincuenta y un mil quinientos pesos (\$51.500) mensuales, el cual habría de aplicarse desde el mes de diciembre de dos mil doce (2012), de tal forma que la vigencia de la póliza iniciara en el mes de enero de dos mil trece (2013).

De igual manera señaló que “[l]a respectiva autorización de descuento se radicó en la Secretaría de Educación de Barrancabermeja para que fuese aplicada para el mes de Diciembre del año 2012 (se adjunta oficio), pero por motivos que desconocemos este descuento no fue aplicado, motivo por el cual no pudo hacer válidas las pólizas solicitadas por la docente, aclaramos que las compañías de seguros no reciben formatos que superen 60 días desde la fecha de su visita o diligenciamiento, los cuales se elaboraron el 13 de noviembre de 2012, concluyendo que para poder retomar las pólizas era necesario volver a diligenciar todo nuevamente y volver a pasar el respectivo descuento en la secretaría de Educación. Para el mes de Enero de 2013 la Secretaría de Educación le aplicó el descuento a la Señora Rosa Tulia, descuento que no fue autorizado por Interseg y el cual se debe

devolver. El respectivo reintegro se quiso realizar, pero no se pudo establecer comunicación con la señora Rosa Tulia, entendiéndose hoy que cuando se le llamo la señora ya había fallecido o su estado de salud era muy lamentable.”[133] De manera adicional, la misma respuesta adujo que la solicitante ocultó su padecimiento de cáncer al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad de la póliza, situación que debe atribuirse a la mala fe de la tomadora.[134]

En vista de lo anterior, la objeción presentada por las sociedades accionadas consisten, en relación con la póliza 3569458-3 tomada el veintitrés (23) de diciembre de dos mil once (2011), en la terminación del contrato de seguro por falta de pago de la prima, y, en cuanto a la póliza identificada con número de solicitud 44060, en que no fue expedida, debido a que el descuento de nómina que se debía efectuar en el mes de diciembre de dos mil doce (2012) no se aplicó sino hasta el mes de enero de dos mil trece (2013). Respecto a esta última póliza también se afirma que la accionante incurrió en reticencia al no informar de su padecimiento de cáncer al momento de celebrar el contrato de seguro.

En relación con la terminación del contrato de seguro de vida individual 3569458-3 por falta de pago de la prima, llama la atención de la Sala que la parte accionante señale que la póliza debió haber continuado en el tiempo puesto que se renovaba automáticamente cada año.[135] Sin embargo no aporta prueba siquiera sumaria, de que se hubiera cumplido con el pago de la prima en forma cumplida. De esta forma, es preciso recordar que si bien la carga de la prueba en materia de tutela tiene un carácter flexible, por lo que no se ajusta a los mismos estándares utilizados por cada una de las especialidades que conforman la justicia ordinaria, ello no significa que las partes se encuentran liberadas de deberes probatorios. En el caso concreto, se considera que era deber de los accionantes acreditar, cuando menos de forma sumaria, que se realizaron los pagos correspondientes a las primas del seguro de vida individual por parte de la señora Rosa Tulia Cáceres, pues solo de esta manera hubiera podido controvertirse la defensa de la compañía de seguros, de acuerdo con la cual el contrato de seguros terminó por falta de pago de las primas mensuales de los cuales la tomadora era responsable. Por esta causa, la Sala estima que en relación con el seguro de vida individual con número de póliza 3569458-3, no puede accederse a lo pedido por los señores Saúl Cáceres Mejía y Tulia Muñoz Ruiz.

Ahora bien, con respecto a la segunda póliza, son varias las situaciones que resultan

relevantes para dar solución al caso. En primera medida, el argumento presentado por las compañías accionadas a propósito de que la póliza de seguro de vida grupo docentes no fue expedida, debido a que el descuento por nómina correspondiente al mes de diciembre de dos mil doce (2012) no se realizó,[136] resulta inadmisibile desde la perspectiva del juez constitucional. Según consta en el expediente[137] y reconoce Interseg Intermediarios,[138] en el mes de enero de dos mil trece (2013) se realizó el descuento por nómina correspondiente al pago de la prima. Para la Sala no resulta razonable que si la póliza de seguros no fue expedida, debido a que no se realizó el descuento de nómina del mes de diciembre de dos mil doce (2012), se hubiera procedido a efectuar el descuento correspondiente al mes de enero de dos mil trece (2013). Adicionalmente, la compañía de seguros omitió toda actividad de cobro o avisar a la tomadora acerca de una circunstancia que no le era imputable a ella.

A juicio de la Sala, la situación de la señora Rosa Tulia Cáceres se encontraba amparada por el principio de la buena fe contractual, que a su vez tiene asidero en la Carta Política. La tomadora del seguro, al no tener conocimiento de los hechos alegados por Interseg Intermediarios, tenía la convicción de estar protegida en relación con los riesgos que luego configuraron el siniestro, y no tenía motivo alguno para desconfiar de dicho respaldo. Teniendo en cuenta que la fallecida obraba bajo la creencia de estar protegida por la mencionada póliza, a la sombra del principio de la buena fe, resulta contrario a los mandatos constitucionales avalar la posición de la compañía de seguros, pues no solo omitió su deber de informar a la señora Rosa Tulia acerca de la no expedición de la póliza, sino que ahora pretende utilizar como excusa la falta de descuento de la prima del mes de diciembre de dos mil doce (2012), situación que no es imputable a la tomadora, para negarse a cancelar la póliza de seguros ante la materialización del siniestro.

Sin embargo, debe también considerarse la otra objeción planteada por la compañía de seguros, correspondiente a que la tomadora incurrió en reticencia, al no declarar que padecía cáncer al momento de llenar la declaración de asegurabilidad y celebrar el contrato de seguro. En cuanto a esta situación, la Sala da por probado que la declaración suscrita por la fallecida incluye una pregunta de acuerdo con la cual "Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: [...] _ Cáncer...",[139] frente a lo cual la tomadora guardó silencio,[140] por lo que resulta cierto que se indagó específicamente por la condición de salud de la accionante al momento de suscribir el contrato de seguro. Sin embargo, ello por sí solo no

permite afirmar que la tomadora incurrió en reticencia. Debe tenerse en consideración que reticencia no equivale a pre-existencia, puesto que para que pueda hablarse de la primera se hace necesario probar la mala fe del tomador.

En el caso concreto se tiene que Interseg Intermediarios de Seguros, si bien alega la pre-existencia del cáncer que acabó con la vida de la señora Rosa Tulia, no presenta prueba alguna del conocimiento de la misma en relación con su enfermedad al momento de suscribir el contrato de seguro, el cual se diligenció el trece (13) de noviembre de dos mil doce (2012),[141] ni mucho menos ofrece sustento material para considerar que obró con mala fe. Así las cosas, la Sala no cuenta con evidencia suficiente para afirmar que la accionante incurrió en reticencia.

Ahora bien, a lo dicho debe sumarse el incumplimiento del deber de confirmación por parte de Interseg Intermediarios de Seguros. En la solicitud de póliza de seguros de vida grupo docentes existe una cláusula en la cual se lee: “Autorizo (amos) expresamente a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A., para que solicite copia íntegra de mi (nuestra) historia clínica a los prestadores de servicios de salud. Dicha información deberá contener, el resultado de los exámenes paraclínicos y complementarios, así como cualquier información referida a los datos que en ella se registren o lleguen a registrarse. || Declaro(amos) así mismo, que dicha información deberá ser utilizada por parte de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S. A., con fines de suscribir el seguro de vida y atender las reclamaciones que de este se deriven...”. [142]

Así las cosas, la compañía aseguradora se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes, pues solo así habría podido conocer las condiciones vitales de la señora Rosa Tulia Cáceres. De lo anterior se desprende que la compañía de seguros no solo renunció a su potestad de conocer la historia clínica de la tomadora, sino que omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la misma, por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.

Saúl Cáceres Mejía (79 años)[143] y Tulia Muñoz Ruiz (77 años),[144] padres de la señora

Rosa Tulia Cáceres Muñoz (fallecida), en la actualidad tienen afectado su mínimo vital, debido a los precarios ingresos que obtiene el señor Saúl y que derivan de la economía informal.[145] Es claro que su hija pensó en asegurarles un patrimonio que les permitiera vivir dignamente en caso de ella faltar, lo que queda demostrado al revisar los documentos contractuales en donde aparecen como beneficiarios en las pólizas de seguro de Vida Individual N° 3569458-3[146] y Vida Grupo Docentes N° 44060.[147] Así las cosas, el ingreso que pueda derivar del contrato de seguro que se encontraba vigente al momento del fallecimiento de Rosa Tulia, y que beneficia a los accionantes, puede resultarles de mucha ayuda para que se procuren condiciones de vida digna y para afrontar las especiales necesidades y vulnerabilidades propias de la vejez.

En virtud de las consideraciones expuestas, la Sala tutelar los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de los accionantes, en relación con Interseg Intermediarios de Seguros. Como consecuencia de lo anterior, ordenará a la compañía que proceda a efectuar el pago de la póliza de seguro de vida grupo docentes con número de solicitud 44060, tomado por la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz, en favor de los beneficiarios del mismo.

6.3.1. Procedencia

En este caso, la acción de tutela fue interpuesta por la señora Delsy del Carmen Ospino Hernández, actuando como agente oficiosa de su cónyuge Robert Alberto Pinto Romero, contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales[148]. De acuerdo con la accionante, su cónyuge, quien ha sido declarado inválido por padecer de un tumor de comportamiento incierto, contrajo un crédito con el Banco Caja Social por la suma de siete millones de pesos (\$7.000.000), el cual fue respaldado con una póliza de seguros (seguro de vida grupo deudores) de la compañía Liberty Seguros S.A., que ampara, entre otros, los riesgos de incapacidad total y permanente. Al solicitar que se cancelara la póliza de seguros para satisfacer la obligación derivada del crédito adeudado, Colmena Vida y Riesgos Laborales señaló que objetaba el siniestro, por considerar que el señor Pinto había incurrido en reticencia, al no declarar que había padecido de hipertensión arterial y meningioma reservado al momento de celebrar el contrato de seguro.

De acuerdo con la señora Delsy del Carmen, esta situación afecta los derechos fundamentales de su agenciado, en especial el mínimo vital, pues no resulta viable para el señor Pinto Romero continuar con el pago de dicha obligación, máxime cuando la pensión de invalidez que le fue reconocida asciende a un (1) salario mínimo legal mensual vigente. Así mismo, manifiesta que los otros medios de defensa judicial disponibles para solicitar la cancelación de la póliza no resultan idóneos para su situación.

A juicio de la Sala, si bien es cierto que en este caso se puede acudir ante la jurisdicción ordinaria para buscar allí protección judicial, este mecanismo de defensa no resulta idóneo ni eficaz al considerar las circunstancias específicas que rodean la situación del señor Pinto Romero y su familia. Se trata de una persona que ha sido declarada legalmente inválida, cuyo único sustento proviene del pago de la pensión de invalidez en un monto de un (1) salario mínimo legal mensual vigente. En este sentido, el mismo es merecedor de especial protección por parte del Estado y, específicamente, del juez constitucional.

Como ya lo advirtió la Sala, el mero hecho de ser considerado un sujeto de especial protección constitucional no hace por sí solo que la acción de tutela se torne procedente, pero, la concurrencia de factores como la invalidez, la situación económica y la dependencia del grupo familiar de los ingresos del accionante, hacen que en este caso deba procederse al estudio de fondo del amparo, pues exigirle al actor que acceda a la administración de justicia por vías ordinarias no resulta proporcionado ni razonable, toda vez que ello equivaldría a exponerlo a un proceso largo, tedioso y costoso que, debido a sus circunstancias, el agenciado no está en la facultad de afrontar. Por considerarse que los medios de defensa ante la jurisdicción ordinaria no resultan idóneos para el accionante, se ha de declarar procedente la acción de tutela.

6.3.2. Asunto de fondo

Según consta en el expediente, la razón que llevó a Colmena Vida y Riesgos Laborales[149] a objetar el siniestro, consistente en la incapacidad total y permanente del señor Robert Alberto Pinto, se fundamenta en que “[...] según historia clínica del 10 de enero de 2013 [...] el asegurado padece de Hipertensión Arterial y Meningioma Reservado desde hace seis años, información que no fue relacionada al momento de diligenciar la declaración de seguro de la póliza, enmarcándonos dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de

nuestro estatuto mercantil...”.[150] Así las cosas, a juicio de la compañía aseguradora, el accionante habría incurrido en reticencia, toda vez que ocultó información sobre su estado real de salud, al momento de llenar la declaración de asegurabilidad anexa a la póliza de seguro de vida grupo deudores.

Ahora bien, la Sala estima que en el caso concreto se configuró una carencia actual de objeto por hecho superado, pues según consta en las respuestas ofrecidas por Colmena Vida y Riesgos Laborales[151] y el Banco Caja Social[152] al auto de pruebas proferido en el trámite de revisión, la aseguradora realizó el pago de la póliza de seguro de vida e incapacidad total y permanente el primero (1) de junio de dos mil catorce (2014), por lo que fue cancelado el saldo insoluto de la deuda correspondiente al crédito de consumo adquirido por el señor Pinto Romero con el Banco Caja Social. De igual forma, la entidad bancaria dio fe de que el crédito de consumo fue saldado desde el dieciocho (18) de julio de dos mil catorce (2014)[153].

Respecto a la carencia actual de objeto por hecho superado, esta Corporación ha sostenido que esta “[...] se da cuando entre el momento de la interposición de la acción de tutela y el momento del fallo se satisface por completo la pretensión contenida en la demanda de amparo -verbi gratia se ordena la práctica de la cirugía cuya realización se negaba o se reintegra a la persona despedida sin justa causa-, razón por la cual cualquier orden judicial en tal sentido se torna innecesaria. En otras palabras, aquello que se pretendía lograr mediante la orden del juez de tutela ha acaecido antes de que el mismo diera orden alguna. En estos casos, se debe demostrar que en realidad se ha satisfecho por completo lo que se pretendía mediante la acción de tutela, esto es, que se demuestre el hecho superado, lo que autoriza a declarar en la parte resolutive de la sentencia la carencia actual de objeto y a prescindir de orden alguna, con independencia de aquellas que se dirijan a prevenir al demandado sobre la inconstitucionalidad de su conducta y a advertirle de las sanciones a las que se hará acreedor en caso de que la misma se repita, al tenor del artículo 24 del Decreto 2591 de 1991.”[154]

Precisamente, toda vez que la compañía aseguradora ha pagado a la entidad financiera el saldo insoluto del crédito adquirido por el señor Robert Alberto Pinto Romero, se confirma la existencia de un supuesto de carencia actual de objeto por hecho superado, por lo que se procederá a declarar el mismo. No obstante, se prevendrá a la compañía aseguradora para

que en un futuro no incurra en conductas que vulneren derechos fundamentales de los ciudadanos con quienes sostenga alguna relación jurídica derivada de la celebración del contrato de seguro.

6.4. Expediente T-4708930

6.4.1. Procedencia

La señora Bertha María Vallejo Arteaga es una docente que adquirió un crédito para vivienda con el Banco Davivienda,[155] el cual fue respaldado con una póliza de seguro de vida e incapacidad total y permanente con la compañía Seguros Bolívar S. A.[156] Posteriormente, fue declarada inválida, con una pérdida de capacidad laboral del 78%,[157] por lo que se le otorgó una pensión de invalidez por medio de la Resolución N° 200 del seis (6) de febrero de dos mil catorce (2014).[158] Al solicitar que se cancelara la póliza de seguro para satisfacer el crédito con la entidad bancaria, la aseguradora objetó el siniestro, alegando reticencia.

A juicio de la accionante, la negativa a cancelar la póliza por parte de la compañía aseguradora lesiona sus derechos fundamentales puesto que le impone la carga de asumir el pago del crédito para vivienda adquirido con el Banco Davivienda,[159] lo cual no resulta viable para ella si se tiene en cuenta que su invalidez le impide desempeñar cualquier tipo de trabajo, por lo que sus medios de subsistencia se encuentran altamente restringidos, máxime si se considera que a su cargo se encuentra su hijo, que es una persona con discapacidad psicosocial.[160]

A juicio de la Sala, en el caso concreto se cumplen las condiciones necesarias para declarar procedente la acción de tutela, toda vez que se aduce la amenaza de varios derechos fundamentales como lo son la vida digna y el mínimo vital. A su vez, la tutelante es una persona con discapacidad y tiene a su cargo a un hijo en las mismas condiciones. De esta manera, los derechos en juego corresponden a personas que merecen una especial protección por parte del Estado. Así las cosas, no sería razonable ni proporcional exigirle que acuda a un proceso ante la jurisdicción ordinaria para hacer valer sus derechos, puesto que debido a su situación económica y personal, puede asumirse que no podrá acceder en igualdad de condiciones a ese mecanismo judicial y que, incluso de hacerlo, el tiempo necesario para llevar hasta su fin el proceso la expondría al riesgo de sufrir un perjuicio

irremediable.

De lo anterior se desprende que al ser inidóneo el mecanismo de defensa judicial disponible para la accionante, puede el juez de tutela abordar el asunto de fondo para establecer si efectivamente se lesionaron los derechos de la señora Bertha María Vallejo.

6.4.2. Asunto de fondo

Según lo señalado por Seguros Bolívar S. A. en su contestación, la razón por la cual se objetó el siniestro sería que la señora Vallejo Arteaga “[...] desde antes de contratar el seguro y firmar la declaración de asegurabilidad, no informó su verdadero estado de salud, puesto que a la asegurada ya se le había diagnosticado HERNIA DISCAL C5-C6 CON RADUCULOPAÍA C5-C6-C8, TI BILATERAL, CERVICALGIA, SÍNDROME DE FIBROMIALGIAS Y TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DESDE EL SEIS DE JULIO DE 2009”, [161] por lo que la accionante habría incurrido en reticencia al momento de tomar el seguro. De la misma manera, la compañía indicó que la existencia de cualquier enfermedad, tratamiento médico o antecedente penal debe ser comunicado a la aseguradora al momento de suscribir el contrato de seguro, puesto que su ocultamiento da lugar a la nulidad del mismo.

En relación con la situación específica de la señora Vallejo, la aseguradora transcribe un conjunto de manifestaciones por ella realizadas en la declaración de asegurabilidad, dentro de las cuales enfatiza las siguientes: “Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.”, [162] “No sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades neurológicas, psiquiátricas...”, [163] “En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre mi estado de salud”, [164] y “No tengo limitación ni mental alguna.” [165]

Al cotejar dicha información con la que reposa en la “Declaración de asegurabilidad unificada seguro de vida grupo” suscrita por la accionante el veintiocho (28) de octubre de dos mil diez (2010), [166] se tiene que dichas manifestaciones en efecto reposan en el documento. Sin embargo, dicha circunstancia, por sí sola, no implica que la asegurada haya incurrido en reticencia conforme a lo regulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, pues como fue explicado previamente, para que una pre-existencia sea considerada como

reticencia se hace necesario que se compruebe la mala fe del tomador.

En otro orden de ideas, en relación con la carga de confirmación que le corresponde a la aseguradora, y que fue explicada con mayor precisión en párrafos anteriores, la Sala estima que Seguros Bolívar S.A. no obró de conformidad con sus deberes. Por un lado, no se aporta constancia de que al momento de suscribir el contrato de seguro a la accionante se le haya pedido aportar exámenes de salud recientes ni que se le hubieran practicado algunos, a fin de indagar por su estado de salud. Por otro lado, la parte accionada se abstuvo de consultar la historia médica de la accionante, y solo lo hizo hasta el momento en que se reportó el siniestro, lo anterior pese a que en la declaración de asegurabilidad se lee: “[... d]e conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S. A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados...”. Así las cosas, la Sala observa que la compañía aseguradora, pese a tener la posibilidad de conocer el estado de salud de la tutelante de forma oportuna, decidió esperar, y solo hasta que le fue conveniente procedió a verificar las condiciones vitales de la actora, lo cual constituye una vulneración de la carga de confirmación.

Es claro que la no cancelación de la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833 adquirido con el Banco Davivienda, por valor de cuarenta y nueve millones setecientos setenta y seis mil setecientos veinte pesos (\$49.776.720), implica que la accionada haya tenido que seguir pagando las cuotas mensuales derivadas de la obligación, en detrimento de su mínimo vital, si se toma en consideración que en la actualidad su único ingreso es la pensión mensual de invalidez, de la cual no solo depende ella sino su hijo Jhon Jairo Guerrero Vallejo, quien es una persona con discapacidad psicosocial.[167]

En virtud de las consideraciones expuestas, la Sala de Revisión estima que Seguros Bolívar vulneró los derechos fundamentales de la accionante al mínimo vital y al debido proceso al objetar el siniestro por reticencia y negarse, con base en dicha objeción, a cancelar la póliza de seguros. Por lo anterior, ordenará a Seguros Bolívar que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la señora Bertha María Vallejo Arteaga con el Banco Davivienda.

6.5. Órdenes a impartir

6.5.1. Con fundamento en lo expuesto, la Sala de Revisión, dentro del proceso T-4698859, dispondrá revocar la sentencia del doce (12) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Tuluá, Valle, que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por la señora Amparo Gálvez de Prieto contra la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A.; y la sentencia del ocho (8) de octubre de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Primero Penal del Circuito de Tuluá, que confirmó la anterior. En su lugar, tutelaré los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de la accionante.

Como consecuencia de lo anterior, ordenaré a Seguros de Vida Colpatria S. A. que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida individual N° 2026223, expedida el veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013), en favor de la señora Amparo Gálvez de Prieto.

6.5.2. Dentro del proceso T-4712587, dispondrá revocar la sentencia del diecinueve (19) de junio de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Trece Civil Municipal de Bucaramanga, que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por el señor Saúl Cáceres Mejía y la señora Tulia Muñoz Ruiz contra Seguros de Vida Suramericana S. A. e Interserg Intermediarios de Seguros; y la sentencia del primero (1) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, que confirmó la anterior. En su lugar, tutelaré los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de los accionantes, en relación con Interseg Intermediarios de Seguros. Con respecto a Seguros de Vida Suramericana S. A., denegar el amparo constitucional.

Como consecuencia de lo anterior, ordenaré a Interseg Intermediarios de Seguros que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo docentes identificada con número de solicitud 44060, tomada por la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz, en favor de sus beneficiarios.

6.5.3. Dentro del proceso T-4707706, dispondrá revocar la sentencia del veinte (20) de junio de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Barranquilla con Funciones de Depuración, que declaró improcedente la acción de promovida por Delsy del Carmen Ospino Hernández, actuando como agente oficiosa del señor Robert Alberto Pinto Romero, contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos

Laborales; y la sentencia del quince (15) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Primero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Barranquilla, que confirmó la anterior. En su lugar, declarará la carencia actual de objeto por hecho superado.

Asimismo, prevendrá a Colmena Vida y Riesgos Laborales para que en un futuro no incurra en conductas que vulneren derechos fundamentales de los ciudadanos con quienes sostenga alguna relación jurídica derivada de la celebración del contrato de seguros.

6.5.4. Finalmente, dentro del expediente T-4708930, dispondrá revocar la sentencia del veinte (20) de agosto de dos mil catorce (2014), proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Pasto, que consideró improcedente la acción de tutela interpuesta por la señora Bertha María Vallejo Arteaga contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S. A., para obtener el cumplimiento del contrato de seguro; y la sentencia del veintiséis (26) de septiembre de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pasto, que confirmó la anterior decisión. En su lugar, tutelaré los derechos fundamentales de la accionante al mínimo vital y al debido proceso.

Como consecuencia de lo anterior, ordenará a Seguros Bolívar S. A. que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la señora Bertha María Vallejo Arteaga con el Banco Davivienda.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR la sentencia del doce (12) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Segundo Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Tuluá, Valle, que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por la señora Amparo Gálvez de Prieto contra la compañía Seguros de Vida Colpatria S. A.; y la sentencia del ocho (8) de octubre de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Primero Penal del Circuito

de Tuluá, que confirmó la anterior. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de la accionante.

Segundo.- ORDENAR a Seguros de Vida Colpatria S. A. que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida individual N° 2026223, expedida el veintisiete (27) de mayo de dos mil trece (2013), en favor de la señora Amparo Gálvez de Prieto.

Tercero.- REVOCAR la sentencia del diecinueve (19) de junio de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Trece Civil Municipal de Bucaramanga, que declaró improcedente la acción de tutela interpuesta por el señor Saúl Cáceres Mejía y la señora Tulia Muñoz Ruiz contra Seguros de Vida Suramericana S. A. e Interserg Intermediarios de Seguros; y la sentencia del primero (1) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, que confirmó la anterior. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de los accionantes, en relación con Interseg Intermediarios de Seguros. Con respecto a Seguros de Vida Suramericana S. A., DENEGAR el amparo constitucional.

Cuarto.- ORDENAR a Interseg Intermediarios de Seguros que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo docentes identificada con número de solicitud 44060, tomada por la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz, en favor de sus beneficiarios.

Quinto.- REVOCAR la sentencia del veinte (20) de junio de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Penal Municipal de Barranquilla con Funciones de Depuración, que declaró improcedente la acción de tutela promovida por Delsy del Carmen Ospino Hernández, actuando como agente oficiosa del señor Robert Alberto Pinto Romero, contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales; y la sentencia del quince (15) de agosto de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Primero Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Barranquilla, que confirmó la anterior. En su lugar, DECLARAR la carencia actual de objeto por hecho superado.

Sexto.- PREVENIR a Colmena Vida y Riesgos Laborales para que en un futuro no incurra en conductas que vulneren derechos fundamentales de los ciudadanos con quienes sostenga alguna relación jurídica derivada de la celebración del contrato de seguros.

Séptimo. REVOCAR la sentencia del veinte (20) de agosto de dos mil catorce (2014),

proferido por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Pasto, que consideró improcedente la acción de tutela interpuesta por la señora Bertha María Vallejo Arteaga contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S. A., para obtener el cumplimiento del contrato de seguro; y la sentencia del veintiséis (26) de septiembre de dos mil catorce (2014), proferida por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Pasto, que confirmó la anterior decisión. En su lugar, TUTELAR los derechos fundamentales de la accionante al mínimo vital y al debido proceso.

Octavo.- ORDENAR a Seguros Bolívar S. A. que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la señora Bertha María Vallejo Arteaga con el Banco Davivienda.

Noveno.- Por la Secretaría General, LÍBRESE la comunicación a que alude el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

Con salvamento parcial de voto

Secretaria General

SALVAMENTO PARCIAL DE VOTO DEL MAGISTRADO LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

A LA SENTENCIA T-316/15

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Juez constitucional no debe ordenar hacer efectivas pólizas de seguros (Salvamento parcial de voto)

No se evidencia dentro de los señalados expedientes que los actores, en su condición de asegurados, hayan faltado a su deber de obrar de buena fe o que les sea atribuible el déficit de información que, al menos, en principio, puede advertirse, dado que no es claro que a partir de los dictámenes médicos y diagnósticos preexistentes éstos hubieren estado en condiciones de anticipar la ocurrencia del riesgo que buscaron amparar, denota la existencia de aspectos probatorios y valorativos de naturaleza litigiosa que desbordan el ámbito de la acción de tutela y que deben ventilarse en sede de la justicia ordinaria, la cual, como en otras ocasiones lo he puesto de relieve, puede dar una respuesta en términos razonables a dicha controversia, razón por la que no comparto que sea el juez constitucional el que dirima este tipo de discusiones y ordene hacer efectivas las pólizas solicitadas

Referencia: Expedientes T-4.698.859, T-4.712.587, T-4.707.706 y T-4.708.930

Acciones de tutela promovidas por Amparo Gálvez de Prieto contra la Compañía de Seguros de Vida Colpatria S.A.; Saúl Cáceres Mejía y Tulia Muñoz Ruiz contra Seguros de Vida Suramericana S.A. e Interseg Intermediarios de Seguros; Delsy del Carmen Ospino Hernández, actuando como agente oficiosa del señor Robert Alberto Pinto Romero, contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S.A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales, y Bertha María Vallejo Arteaga contra el Banco Davivienda y Seguros Bolívar S.A.

Magistrado Ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Con el acostumbrado respeto por las decisiones de esta Corporación, en esta oportunidad me permito presentar salvamento parcial de voto en relación con la Sentencia T-316 de 2015, la cual abordó el estudio de cuatro casos en donde los accionantes consideraban vulnerados sus derechos fundamentales a la vida, al mínimo vital y al debido proceso, ya que adquirieron pólizas de seguro para amparar los riesgos de muerte, invalidez y

enfermedades graves, que no se hicieron efectivas por las compañías aseguradoras al estimar que los siniestros declarados tuvieron lugar como consecuencia de la reticencia en la que incurrieron por abstenerse de informar sobre su estado real de salud y configurar, dicho sea de paso, preexistencias que incidieron de forma definitiva en su situación actual.

Aun cuando comparto en términos generales tanto la formulación de los problemas jurídicos como las líneas jurisprudenciales desarrolladas para dar respuesta a los mismos, discrepo del correspondiente análisis del principio de subsidiariedad que se realizó frente a los casos concretos de los expedientes T-4.698.859, T-4.712.587 y T-4.708.930, por cuanto si bien tuvieron en cuenta coyunturas particulares tales como la pérdida de la capacidad laboral superior al 50%, la muerte misma del tomador del seguro o la carencia de recursos de los beneficiarios de la póliza para efectos de admitir la procedibilidad de los recursos de amparo promovidos, se descartaron de plano otros elementos fácticos y jurídicos que permitían colegir que las compañías aseguradoras objetaron fundadamente las reclamaciones ante ellas elevadas por no haberse declarado con exactitud las diferentes circunstancias que determinaban el estado de los riesgos asegurados.

Finalmente, no considero acertado derivar de la ausencia de un examen de ingreso o de la omisión en pedir uno reciente para corroborar el estado de salud del tomador del seguro al momento de la suscripción de la respectiva póliza, la consecuencia adversa de hacerla efectiva automáticamente, en atención a que la realización de dicho examen es por entero exigible, verbigracia, en casos de suscripción de contratos de medicina prepagada o pólizas de salud, debido a que se involucra de manera indiscutible la prestación de un servicio de interés público, pero no tratándose de contratos de seguro que comportan, exclusivamente, una actividad de carácter comercial.

Fecha ut supra,

LUIS GUILLERMO GUERRERO PEREZ

Magistrado

[1] Conformada por las magistradas Gloria Stella Ortiz Delgado y Martha Victoria Sáchica Méndez.

[2] Expediente T-4698859, folios 2 y 3. En adelante, siempre que se haga referencia a un folio, se entenderá que hace parte del cuaderno principal del expediente, salvo que se haga advertencia en contrario.

[3] Folio 16.

[4] Folio 3.

[5] Folio 4.

[6] Folio 4.

[7] Folio 42.

[8] Folios 17 al 20.

[9] Folios 21 al 26.

[10] Folios 30 al 41.

[11] Folios 27 al 29, 42 y 43 y 44 al 50.

[13] Al respecto, planteó: “Debe el despacho judicial tener en cuenta mi estado de indefensión, de pobreza absoluta; el deterioro de mi salud que aunque no estoy postrada en cama si se me imposibilita deambular, desplazarme y desarrollar la más mínima labor. || [...] || No tengo casa de habitación y carezco de los más mínimos recursos para tener una vivienda en condiciones dignas... (folio 13).

[14] Folio 52.

[15] Folios 54 al 63.

[16] Folios 64 al 66.

[17] Folios 74 al 80.

[18] Folios 75 al 80.

[19] Folio 83.

[20] Folios 97 al 100.

[21] Expediente T-4712587, folio 59.

[22] Folios 58.

[23] Folios 3 al 13.

[24] En el escrito de tutela, se plantea: “Mi esposa, su actividad es el hogar y yo SAUL CACERES MEJÍA, obtengo los ingresos económicos para cubrir los gastos de mi hogar inherentes al ser humano, trabajando en la economía informal vendiendo quesos, pero hay días que las ventas son muy malas (sic) y tenemos que pasar necesidades con mi esposa por falta de recursos económicos para subsistir dignamente” (folio 3).

[25] Folio 61.

[26] Folios 32 al 38.

[27] Folios 45 al 57.

[28] Folios 4 y 17 al 30.

[29] Folio 4.

[30] Folios 14 al 16.

[31] Folios 6 al 9.

[32] Folio 72.

[33] Folios 76 al 81.

[34] Folios 82 al 87.

[35] Folios 91 al 95.

[36] Cuaderno 2, folios 3 al 8.

[37] Quien pasó a ser la aseguradora de la póliza de vida grupo deudores del Banco Caja Social, a partir del primero (01) de enero de dos mil doce (2012), conforme a la explicación realizada por la Secretaria General de Colmena Vida y Riesgos Laborales (folio 16 del cuaderno de revisión).

[38] Expediente T-4707706, folios 1 al 3.

[39] Folio 1.

[40] Folio 7. A folio 12 del cuaderno se revisó obra fotocopia de la Póliza N° 4600 de Liberty Seguros S. A. (seguro de vida grupo deudores), suscrita por Roberth Alberto Pinto Romero el treinta y uno (31) de marzo de dos mil nueve (2009), cuyo tomador y beneficiario es el Colmena BCSC.

[41] Folio 1.

[42] Folios 8 al 10.

[43] Folio 4.

[44] Folios 5 y 6.

[45] Folio 2.

[46] Folio 2.

[47] Folios 18 y 19.

[48] Folios 25 al 33.

[49] Folios 34 al 45.

[50] Según la Póliza N° 4600 de Liberty Seguros S. A.

[51] Folios 99 al 111.

[52] Folios 89 al 98.

[53] Folios 118 y 119.

[54] Folios 128 al 130.

[55] Expediente T-4708930, folios 1 al 6.

[56] Folios 73 al 76.

[57] Folios 79 al 85

[58] Folio 72. Ver carta de aprobación del crédito del veintidós (22) de octubre de dos mil diez (2010), folios 73 al 76. A folio 13 del cuaderno de revisión se observa la póliza N° DE-206 vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833, cuyo tomador es el Banco Davivienda S. A. y la asegurada es la señora Bertha María Vallejo Arteaga. En los amparos se describen vida e incapacidad total y permanente.

[59] Folios 63 al 65. En el formulario de dictamen para calificación de la pérdida de la capacidad laboral y determinación de la invalidez, del cuatro (04) de junio de dos mil trece (2013), se indica como fecha de estructuración de la invalidez el veintisiete (27) de mayo del mismo año. En el ítem “Diagnósticos motivo de la calificación” se señala: discopatía crónica C5-C6, fibromialgia, trastorno ansioso depresivo y vértigo.

[61] “Por la cual se reconoce y ordena el pago de una Pensión de Invalidez” (folios 68 y 69). En el artículo primero se lee: “Reconocer y pagar a BERTHA MARÍA VALLEJO ARTEAGA, [...], una Pensión mensual de Invalidez por valor de \$1.942.599, efectiva a partir del primero (1º) de febrero de 2014, como docente de vinculación NACIONAL - SITUADO FISCAL” (folio 69).

[62] Folio 3.

[63] Folios 70 y 71.

[64] Folio 2.

[65] Folios 77 y 78.

[66] Folios 8 al 62.

[67] Folio 94.

[68] Folios 96 al 102.

[69] Folios 103 al 149.

[70] Si bien Seguros Bolívar expresó que serían cuatro los créditos adquiridos por la tutelante con el Banco Davivienda, cada uno amparado por una póliza de seguros, en el sentido que “[l]a señora Bertha María Vallejo Arteaga, adquirió con el Banco Davivienda S. A. los siguientes créditos: -No. 591010660011305, el cual fue desembolsado el 11 de octubre de 2012, -No. 5910106600113933 desembolsado el 17 de octubre de 2012 -No. 5910106600143666 desembolsado el 26 de septiembre de 2013 -No. 5710106100107833 desembolsado el 25 de enero de 2011” (folio 103), anexando los certificados individuales de seguro que amparan cada uno de estos créditos (folios 13 al 40 del cuaderno de revisión); el apoderado de la accionante, en su impugnación contra la sentencia de primera instancia, informó que “[e]l día 4 de septiembre la señora BERTA MARIA VALLEJO ARTEAGA recibió de SEGUROS BOLÍVAR, contestación al requerimiento hecho por la Superintendencia Financiera, en la que señala que mi representada adquirió varios créditos con Davivienda, entre ellos el N° 5710106100107833 para la compra del apartamento, el cual está hipotecado a DAVIVIENDA. Ello es cierto, pero los otros tres créditos, con grandes esfuerzos mi representada los canceló (sic) más de 24 millones de pesos a DAVIVIENDA, en aras de no perder su vivienda, con los recursos que le dieron de sus prestaciones sociales, al retirarse de su trabajo. De allí que solo está pendiente de la obligación N° 5710106100107833, de lo cual allego paz y salvo de las obligaciones y el extracto del crédito pendiente, donde estipula el pago a SEGUROS BOLÍVAR.” (folio 7 del cuaderno 2). Y, a su vez, adjuntó al escrito sendas certificaciones emitidas por el Banco Davivienda que dan fe de que las obligaciones N° 5910106600113305, 5910106600113933 y 5910106600143666 se encuentran canceladas y a paz y salvo en cuanto a intereses, capital y seguros (folios 8 al 10 del cuaderno 2). De lo dicho se sigue que el único crédito que queda por ser cancelado corresponde al 5710106100107833.

[71] Folios 151 al 158.

[72] Cuaderno 3, folios 6 al 7.

[73] Cuaderno 3, folios 56 al 71.

[74] Expedientes T-4698859, T-4712587, T-4707706 y T-4708930, folios 2 al 9 de cada cuaderno.

[75] Expediente T-4698859, cuaderno de revisión, folios 133 y 134.

[76] Cuaderno de revisión, folios 69 al 89.

[77] Cuaderno de revisión, folios 113 al 115.

[78] Cuaderno de revisión, folio 114.

[79] El treinta (30) de abril de dos mil quince (2015), María del Pilar Vallejo Barrera, Representante Legal Judicial de Seguros de Vida Suramericana S. A., respondió al oficio remitido por la Sala de Revisión. En su oficio indicó que “[...] una vez verificado el sistema digital y físico de la compañía, no se encuentran expedidas pólizas con la cédula 28.092.081.”, confrontada esta situación se pudo establecer que los datos consignados en el auto de diecisiete (17) de abril de dos mil quince (2015) no correspondían a la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz, sino a su madre, Tulia Muñoz de Cáceres, por lo que se procedió a proferir un auto posterior, el siete (7) de mayo de dos mil quince (2015), en el cual se corregían los datos de identificación suministrados. Cuaderno de revisión, folios 42 y 52 y siguientes.

[80] Cuaderno de revisión, folios 52 y siguientes.

[81] Cuaderno de revisión, folios 43 al 49.

[82] Expediente T-4707706, cuaderno de revisión, folio 11 al 13.

[83] Cuaderno de revisión, folios 15 al 25.

[84] Cuaderno de revisión, folios 26 al 30.

[85] Cuaderno de revisión, folio 26.

[86] Cuaderno de revisión, folios 13 al 49.

[87] M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

[88] Se precisó que “[d]e acuerdo con el artículo 335 de la CP., la actividad aseguradora es de interés público y se ejerce con arreglo a la ley. Consulta el interés público que en los contratos de seguros, la parte débil que, por lo general, se identifica con el asegurado o beneficiario, realizadas las condiciones a las que se supedita su derecho reciba efectivamente y en el menor tiempo posible la prestación prometida. El mérito ejecutivo que se atribuye a las pólizas en los casos examinados, neutraliza y frustra las prácticas abusivas a las que podrían recurrir las empresas aseguradoras. Estas últimas, de ordinario, no sólo despliegan su poder en el momento inicial, al fijar unilateralmente las condiciones generales del contrato, sino que en el curso de la relación negocial - se ha observado por parte del legislador histórico -, de manera no infrecuente, esquivan o dilatan injustificadamente el cumplimiento de sus compromisos. La disposición legal citada es el medio al cual ha recurrido la ley para introducir un factor de equilibrio entre asegurado o beneficiado y el asegurador” (M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

[89] MP. Alfredo Beltrán Sierra.

[90] En relación con este asunto, señaló que: “[...] si bien en principio sería improcedente la acción de tutela en su contra, en los términos del artículo 86 de la Constitución y 42 del decreto 2591 de 1991, en el caso en estudio se acepta su procedencia, dado el estado de indefensión en que se encuentran los actores, quienes al ser portadores asintomáticos del virus de inmunodeficiencia humana, ven frustrados sus derechos, por el abuso de poder que en cierta medida ejerce la aseguradora, al decidir de manera arbitraria negar la suscripción de la póliza de vida”. MP. Alfredo Beltrán Sierra.

[92] MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[93] MP. Jaime Araujo Rentería.

[94] MP. Jaime Araujo Rentería.

[95] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

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

[97] MP. Luis Ernesto Vargas Silva.

[98] El artículo 1058 del Código de Comercio, dispone: “Declaración del estado de 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 (sic) los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

[99] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

[100] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

[101] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

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

[103] Respecto al principio de buena fe, afirmó que “[...] en este contexto, en 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.” Sentencia T-086 de 2012 (M. P. Humberto Sierra Porto).

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

[105] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

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

[107] La aplicación de esa regla hermenéutica como forma de proteger el equilibrio entre las partes contratantes, fue justificada por la Sala de Casación Civil de Corte Suprema de Justicia en sentencia del cuatro (4) de noviembre de dos mil nueve (2009), expediente 1100131030241998417501, así: “[...] [v] la importancia de diversos deberes de conducta accesorios o complementarios, como los de información (incluyendo en ese ámbito a la publicidad), lealtad, claridad, entre otros...”.

[108] Sentencia T-517 de 2006 (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra. S. V. Álvaro Tafur Galvis).

[109] Sentencia T-007 de 2015 (M. P. Jorge Iván Palacio Palacio). En esa ocasión correspondió a la Sala Sexta de Revisión determinar si una compañía de seguros vulnera derechos fundamentales de una persona, al negarse a hacer efectivas las pólizas de seguro de vida por el riesgo de incapacidad total y permanente que amparaba la obligación crediticia adquirida por ella, argumentando que la incapacidad que presenta constituye una incapacidad parcial y no total que le impida desempeñar cualquier trabajo remunerativo, cuando está acreditada que esta es del 95.45%. Resolvió tutelar de manera definitiva los derechos al mínimo vital y a la protección y asistencia de las personas con discapacidad de la accionante y ordenar a Seguros Bolívar S. A. que pague el seguro de vida del grupo educadores de Colombia por incapacidad total y permanente. En relación con el derecho al mínimo vital, concluyó: “Claramente se ve menguado el mínimo vital porque la peticionaria quedó desempleada por su incapacidad para laborar y no contaba con un sustento diferente a su salario y la aseguradora no dio cuenta de eso y, por el contrario, ha mostrado indiferencia total ante un sujeto de especial protección constitucional. Además ella tomó el seguro previniendo que si le sucedía algún siniestro podía cubrir sus gastos o los de su

familia con este. La pérdida de la voz, en el caso de una maestra, es una eventualidad grave, que la imposibilita para desempeñarse en su oficio. Era precisamente esta contingencia la que fungía como causa para que ella se asegurara.”

[110] El concepto se ha construido con apoyo en la sentencia SU-995 de 1999 (M. P. Carlos Gaviria Díaz. A. V. Eduardo Cifuentes Muñoz), y ha sido reiterado en las sentencias T-249 de 2005 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-184 de 2009 (MP Juan Carlos Henao Pérez), T-211 de 2011 (MP Juan Carlos Henao Pérez), T-891 de 2013 (MP Luis Ernesto Vargas Silva), T-053 de 2014 (MP Alberto Rojas Ríos. SV Luis Ernesto Vargas Silva) y T-007 de 2015 (MP Jorge Iván Palacio Palacio).

[111] Sentencia T-211 de 2011 (MP Juan Carlos Henao Pérez). En la sentencia SU-995 de 1995 (MP Carlos Gaviria Díaz), la Corporación indicó: “[L]a valoración del mínimo vital del pensionado no es una calificación objetiva, sino que depende de las situaciones concretas del accionante. Por consiguiente, el concepto de mínimo vital no se identifica con el monto de las sumas adeudadas o a ‘una valoración numérica de las necesidades biológicas mínimas por satisfacer para subsistir, sino con la apreciación material del valor de su trabajo’...”.

[112] Expediente T-4698859, folio 42.

[113] Folios 17 al 20.

[114] Folio 28.

[115] Folios 28 y 29.

[116] Folio 42.

[117] Folio 17.

[119] Folio 65.

[120] Folio 93.

[121] Ver supra 4.1.4 y 4.1.5.

[122] Folios 17 al 20.

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

[124] M. P. Nilson Pinilla Pinilla.

[125] A folio 17 del cuaderno de revisión obra fotocopia de la cedula de ciudadanía de la accionante en donde consta como fecha de nacimiento el veintisiete (27) de marzo de mil novecientos cincuenta y tres (1953).

[126] Al respecto, planteó: “Debe el despacho judicial tener en cuenta mi estado de indefensión, de pobreza absoluta; el deterioro de mi salud que aunque no estoy postrada en cama si se me imposibilita deambular, desplazarme y desarrollar la más mínima labor. || [...] || No tengo casa de habitación y carezco de los más mínimos recursos para tener una vivienda en condiciones dignas... (folio 13).

[127] Expediente T-4712587, folio 3.

[128] Folios 31 al 38.

[129] Folios 45 al 57.

[130] A folio 61 obra el registro civil de defunción de la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz.

[131] Folio 15.

[132] Folio 15.

[133] Folios 76 y 77.

[134] Folio 77.

[135] Folio 6.

[136] A folio 55 obra copia de la autorización de descuento mensual por nómina suscrita por la señora Rosa Tulia Cáceres Muñoz, por valor de Cincuenta y un mil quinientos pesos (\$51.500) a partir de diciembre de dos mil doce (2012).

[137] Folio 69.

[138] Folio 77.

[139] Folio 80. Ver solicitud/póliza para seguro de vida grupo N° 44060 del trece (13) de noviembre de dos mil doce (2012), Plan Vida Docentes de Seguros de Vida Suramericana S. A. (folio 80).

[140] Folio 80.

[141] Folio 80.

[142] Folio 81.

[143] Expediente T-4712587, folio 59.

[144] Folios 58.

[145] En el escrito de tutela, se plantea: “Mi esposa, su actividad es el hogar y yo SAUL CACERES MEJÍA, obtengo los ingresos económicos para cubrir los gastos de mi hogar inherentes al ser humano, trabajando en la economía informal vendiendo quesos, pero hay días que las ventas son muy malas (sic) y tenemos que pasar necesidades con mi esposa por falta de recursos económicos para subsistir dignamente” (folio 3).

[146] Folios 31 al 38.

[147] Folios 45 al 55.

[148] Quien pasó a ser la aseguradora de la póliza de vida grupo deudores del Banco Caja Social, a partir del primero (01) de enero de dos mil doce (2012), conforme a la explicación realizada por la Secretaria General de Colmena Vida y Riesgos Laborales (folio 16 del cuaderno de revisión).

[149] Folios 34 al 45.

[150] Expediente T-4707706, folios 5 y 6.

[151] Folio 16 del cuaderno de revisión.

[152] Folios 26 al 30 del cuaderno de revisión.

[153] Ibídem.

[154] Sentencia T-200 de 2013 (M. P. Alexei Julio Estrada).

[155] Expediente T-4708930. Crédito N° 5710106100107833, por valor de cuarenta y nueve millones setecientos setenta y seis mil setecientos veinte pesos (\$49.776.720), con fecha de aprobación del veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), y a un plazo 180 meses (folio 73).

[156] A folio 13 del cuaderno de revisión se observa la póliza N° DE-206 vinculada al crédito hipotecario N° 5710106100107833, cuyo tomador es el Banco Davivienda S. A. y la asegurada es la señora Bertha María Vallejo Arteaga. En los amparos se describen vida e incapacidad total y permanente.

[158] “Por la cual se reconoce y ordena el pago de una Pensión de Invalidez” (folios 68 y 69). En el artículo primero se lee: “Reconocer y pagar a BERTHA MARÍA VALLEJO ARTEAGA, [...], una Pensión mensual de Invalidez por valor de \$1.942.599, efectiva a partir del primero (1º) de febrero de 2014, como docente de vinculación NACIONAL – SITUADO FISCAL” (folio 69).

[159] Crédito N° 5710106100107833.

[160] A folios 89 y 90 obran una constancia de valoración de urgencias y un control de consulta interna del paciente Jhon Jairo Guerrero Vallejo con fecha de nacimiento del treinta y uno (31) de agosto de mil novecientos ochenta y ocho (1988). En este último documento emanado del Hospital San Rafael de Pasto el tres (03) de marzo de dos mil catorce (2014), se indica como diagnóstico definitivo “ESQUIZOFRENIA PARANOIDE”.

[161] Folio 104.

[162] Folio 104.

[163] Folio 104.

[164] Folio 104.

[165] Folio 104.

[166] Folio 72.

[167] Folios 89 y 90.