TEMAS-SUBTEMAS

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

(…) la objeción que las aseguradoras presentaron contra las reclamaciones vulnera los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes. Por un lado, las accionadas no aportaron elementos de prueba que permitan evidenciar, siquiera de manera sumaria, que hubieran actuado en forma diligente informando a los asegurados de manera cierta, clara, suficiente y oportuna, las condiciones de los seguros; en particular, las coberturas, la forma de solicitar su efectividad y, especialmente, las circunstancias en las que debía informar los cambios en su estado de salud y, por ende, los eventos en los que su declaración pudiese considerarse reticente. Tampoco se observa que las compañías hubieran ofrecido a los asegurados la posibilidad de practicarse un examen médico, aportar una certificación médica reciente, otorgar el acceso a su historia clínica u otro medio idóneo para cumplir con sus deberes de debida diligencia y transparencia… las aseguradoras incumplieron el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo.

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

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGUROS-Jurisprudencia constitucional

Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo (…) las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos; (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes o copia de la historia clínica; o (iii) consultar directamente la historia clínica, para lo cual requiere autorización.

DEBER DE INFORMACION DE LAS ENTIDADES FINANCIERAS Y ASEGURADORAS-Obligación especial de información y acompañamiento a los consumidores financieros

RETICENCIA-Prueba se encuentra en cabeza de la aseguradora

(…) la reticencia solo existirá cuando la aseguradora, a pesar del cumplimiento de su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos, no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro, “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”; o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsan[a]

mediante su aceptación expresa o tácita”, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, conocedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición.

MANDATO DE DEBIDA DILIGENCIA EN CONTRATO DE SEGUROS-Aseguradora debe determinar el verdadero estado del riesgo en la etapa precontractual

(…) la aseguradora tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo… En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocía sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Sexta de Revisión

SENTENCIA T-344 de 2024

Referencia: Expedientes T-9.975.658 y T-10.012.873 (AC)

Revisión de las decisiones judiciales relacionadas con las solicitudes de tutela presentadas por: (i) Andrés en contra de Axa Colpatria Seguros S.A. y Banco Itaú CorpBanca Colombia S.A., y (ii) Alberto en contra de HDI Seguros Colombia y Cooperativa de Ahorro y Crédito Fincomercio Ltda.

Magistrado sustanciador:

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Síntesis de la decisión. La Sala Sexta de Revisión de la Corte constitucional decidió revocar las sentencias proferidas dentro de los procesos de tutela acumulados por encontrar que, contrario a lo sostenido por los jueces de instancia, cumplen los requisitos de procedencia de la acción de tutela y, en consecuencia, procedía el estudio de fondo de las solicitudes formuladas.

La Sala encontró que la objeción al pago de la indemnización por parte de las aseguradoras demandadas vulneró los derechos fundamentales al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes. En efecto, al no demostrar el elemento subjetivo de la reticencia operó la regla de conocimiento presuntivo. En consecuencia, se les ordenó realizar los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo garantizado en las pólizas.

Bogotá D.C., veintiuno (21) de agosto de dos mil veinticuatro (2024)

La Sala Sexta de Revisión, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, decide sobre la revisión de los siguientes fallos de tutela:

(i) Proceso T-9.975.658: fallo proferido el 7 de diciembre de 2023 por el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito de Bogotá D.C., que confirmó la sentencia de 31 de octubre de 2023 proferida en primera instancia por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., quien resolvió declarar improcedente la solicitud de tutela presentada1 por Andrés en contra de Axa Colpatria Seguros S.A. y el Banco Itaú CorpBanca Colombia S.A.

(ii) Proceso T-10.012.873: fallo proferido el 15 de diciembre de 2023 por el Juez Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia), que confirmó la sentencia proferida en primera instancia el 17 de noviembre de 2023 por el Juzgado Primero Municipal de Envigado por medio de la cual se declaró improcedente la solicitud de tutela presentada por Alberto en contra de HDI Seguros Colombia.

Aclaración preliminar

La Sala ha decidido, como medida de protección del derecho a la intimidad personal de los solicitantes, omitir los nombres y cualquier dato que permita su identificación en ambos expedientes2. Adicionalmente, en la parte resolutiva de esta sentencia, se ordenará a la Secretaría General de la Corte Constitucional y a las autoridades judiciales competentes, mantener en reserva la identificación de los promotores del amparo. En consecuencia, en el expediente T-9.975.658, el accionante será identificado como Andrés; y en el expediente T-10.012.873 el accionante será identificado como Alberto.

I. ANTECEDENTES

1. Proceso T-9.975.658

1. Hechos relevantes:

1. El 7 de marzo de 2022 el señor Andrés adquirió el crédito de libre inversión Nro. 337170908-00 con el Banco Itaú Corpbanca Colombia S.A.3 (en adelante, banco Itaú), por un valor inicial de $75 millones el cual fue desembolsado el 24 de marzo de 2022.

1. Axa Colpatria Seguros S.A. (en adelante, aseguradora Axa) expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor No. 53986 a favor del banco Itaú con el fin de otorgar cobertura a los deudores de créditos en caso de muerte o incapacidad total y permanente. Con ocasión del otorgamiento del crédito, el señor Andrés fue incluido en el Grupo Deudor, y el 2 mayo de 2022 le fue expedida la póliza No. 439235 en la que el accionante aparece como asegurado y el Banco Itaú como tomador y beneficiario4.

1. El 6 de septiembre de 2023, el accionante -quien a la fecha tiene 43 años de edad-, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común, con fecha de estructuración el 27 de abril de 2023. La calificación fue solicitada por Colfondos Pensiones y Cesantías (en adelante, Colfondos) y la calificadora fue la Compañía de Seguros Bolívar S.A. Dirección Nacional de Pensiones (en adelante, Seguros Bolívar)5.

1. El 6 de septiembre de 2023 el accionante cumplió con la diligencia mínima establecida como requisito de reclamación directa ante el banco Itaú y la aseguradora Axa, trámite contemplado en el literal b) del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, en concordancia con la

Ley 1328 del 20096, la cual tenía por objeto cubrir el saldo insoluto del crédito de libranza adquirido por el solicitante.

1. El 25 de septiembre de 2023, la aseguradora Axa objetó de manera formal la reclamación, al evidenciar en el proceso de revisión de la documentación aportada y obtenida al momento de la suscripción, que el señor Andrés, presentaba antecedentes médicos cuando diligenció y firmó el "formato solicitud de productos persona natural", incurriendo con ello en la omisión de entrega de información y consecuente reticencia, en tanto no declaró su verdadero estado de salud al momento de contratar el seguro.

1. Explicó que estas "preexistencias constituyen un elemento fáctico que se configura dentro del contrato de seguros suscrito, como una causal de EXCLUSIÓN que libera a esta Compañía Aseguradora de toda obligación"7. Las preexistencias referidas por la aseguradora en su respuesta a la reclamación fueron las siguientes:

1. No obstante, aseveró que los anteriores diagnósticos no fueron los únicos en los que se basó el dictamen que calificó su pérdida de capacidad laboral, pues fueron otras las patologías que determinaron su pérdida en más del 50%, a saber:

"-Diagnóstico Asociado 1 (06/07/2022): Dolor crónico intratable (R521), Confirmado repetido.

-Diagnóstico Asociado 2 (24/11/2022): Fibromialgia (M797), Confirmado repetido.

-Diagnóstico Asociado 3 (24/11/2022): Trastorno mixto de ansiedad y depresión (F412), Confirmado repetido.

-Diagnóstico Asociado 4 (29/05/2023): Trastorno muscular, no especificado (M629), Confirmado repetido.

-Diagnóstico Principal (02/09/2022): Esclerosis sistémica, no especificada (M349), Confirmado repetido, Causa Externa: Enfermedad general; sin actividad de la enfermedad aparentemente; así consta en la historia clínica de la calificación de pérdida de capacidad laboral con fecha del 27/04/2023”8.

1. El accionante afirmó que acude a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

1. Solicitud de protección constitucional

1. El señor Andrés solicitó la tutela de sus derechos fundamentales9 al mínimo vital y a la vida digna, cuya violación la atribuye a la aseguradora Axa al objetar de manera formal la reclamación presentada para el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente derivada del contrato de seguro de vida Grupo Deudor suscrito entre la aseguradora y el banco Itaú.

1. Afirmó que se encuentra en mora con el crédito debido al uso de sus auxilios de incapacidad y ahorros para cubrir los pagos, y afirmó que la aseguradora, a pesar de continuar recibiendo pagos, objetó la indemnización basada en las mencionadas preexistencias sin considerar otras enfermedades graves diagnosticadas posteriormente que fueron determinantes en su incapacidad.

1. Considera que la falta de un examen médico adecuado y la ambigüedad en los términos del seguro, sumado a la aceptación tácita del contrato por parte de la aseguradora,

fundamentan la protección constitucional solicitada.

1. En consecuencia, solicitó ordenar a la aseguradora Axa y al banco Itaú, reconocer el pago de la indemnización de la póliza por el acaecimiento de una pérdida de capacidad laboral por enfermedades diagnosticadas dentro de la vigencia de la póliza y, en consecuencia, saldar la deuda. Así mismo, solicitó que se le ordene al banco Itaú el reintegro de las cuotas que hayan sido pagadas con ocasión del crédito de libranza a partir de la notificación del dictamen médico de pérdida de capacidad laboral.

1. Trámite en instancia

1. Mediante auto de 18 de octubre de 2023, la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C., admitió para su trámite la acción de tutela; requirió información a las entidades accionadas; y vinculó oficiosamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., a Ekomercio S.A.S., a Sanitas E.P.S., a la Clínica Colsanitas S.A., a la Superintendencia Financiera, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá (Cundinamarca), y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

1. Oposición en instancia

1. La Superintendencia Financiera solicitó su desvinculación por falta de legitimación en la causa por pasiva. Argumentó que, conforme a sus funciones administrativas, no es competente para interferir en las relaciones comerciales entre los consumidores financieros y las entidades vigiladas, ni para fungir como juez natural para conceder o negar derechos ligados a dichas relaciones comerciales, entre otros motivos.

1. La sociedad Ekomercio Electrónico S.A.S. solicitó ser desvinculada en tanto las pretensiones se dirigen contra la aseguradora Axa. Además, argumentó que desconocía las condiciones del crédito concedido y la póliza suscrita entre el accionante y las convocadas.

1. La Junta Nacional de Calificación de Invalidez manifestó que, al revisar su sistema de radicación, no se evidenció expediente alguno a nombre del accionante. De acuerdo con sus funciones, indicó que solo es responsable del trámite de calificación en segunda instancia, una vez le sean remitidos los expedientes por las Juntas Regionales. En consecuencia, solicitó su desvinculación por falta de legitimación por pasiva.

1. La Clínica Colsanitas S.A. solicitó ser desvinculada por falta de legitimación en la causa por pasiva, argumentando que las pretensiones se dirigían al pago del seguro de vida adquirido por el accionante, y no a la atención en salud. Además, aseguró que su entidad no lesionó derecho fundamental alguno en tanto simplemente actúa como la IPS tratante del demandante.

1. Seguros Bolívar solicitó su desvinculación porque, tras revisar los hechos objeto de la tutela y sus pretensiones, evidenció que estas se dirigen al reconocimiento del pago de un seguro de vida, responsabilidad que recae sobre las entidades accionadas.

1. El banco Itaú solicitó su desvinculación porque la pretensión principal consiste en el pago del seguro adquirido con la aseguradora Axa. Añadió que su objeto social le impide suscribir contratos de seguro.

1. La aseguradora Axa solicitó declarar la improcedencia de la acción. Por un lado, consideró

que no se supera el requisito de subsidiariedad en tanto del contrato de seguro se derivan acciones civiles que resultan plenamente idóneas, además de que no hay prueba de la supuesta vulneración del mínimo vital ni de perjuicio irremediable alguno. Por otro lado, destacó que, con base en lo consignado en el formulario de pérdida de capacidad laboral emitido por Seguros Bolívar, para la fecha del otorgamiento del crédito y contratación de la póliza, el accionante ya presentaba antecedentes médicos que no fueron comunicados a la aseguradora.

1. Decisiones judiciales objeto de revisión

1. Decisión de primera instancia

1. El 31 de octubre de 2023, la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C. declaró la improcedencia de la acción por incumplir el requisito de subsidiariedad en tanto el accionante acudió directamente a la tutela sin agotar previamente las vías judiciales ordinarias pertinentes para resolver sus pretensiones sobre el cobro de la póliza de seguro vinculada a su crédito con el banco Itaú. La juez también consideró que los argumentos del accionante, basados en su incapacidad laboral y los insuficientes ingresos para cubrir sus gastos y deuda, no establecían un estado de indefensión actual ni demostraban una vulneración de derechos fundamentales. En todo caso, consideró que se trata de un litigio contractual sobre la interpretación de las enfermedades excluidas de la póliza que debe ser resuelto por el juez natural.

1. Por último, la juez desvinculó del proceso a Seguros Bolívar, a Ekomercio S.A.S., a Sanitas E.P.S., a la Clínica Colsanitas S.A., a la Superintendencia Financiera, a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá (Cundinamarca), y a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

1. Impugnación

1. Mediante escrito de 2 de noviembre de 2023, el accionante impugnó la decisión por considerar que la juez no valoró adecuadamente su situación de debilidad manifiesta. En todo caso, alegó que la aseguradora Axa no practicó examen médico alguno al momento de suscribir el contrato, ni excluyó de manera expresa las enfermedades que padecía. Con ello habría incumplido sus obligaciones. Al efecto, citó varias sentencias de la Corte Constitucional que respaldan la procedencia de la tutela en casos similares y reafirman la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y vida digna, enfatizando que los otros mecanismos judiciales no son idóneos ni efectivos para salvaguardar sus derechos en su caso particular.

1. Decisión de segunda instancia

1. El 7 de diciembre de 2023, el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. confirmó la sentencia de primera instancia. Sostuvo que la acción de tutela no era el mecanismo adecuado para resolver las diferencias surgidas del contrato de seguro entre el accionante y la aseguradora Axa. Por el contrario, la objeción por reticencia de la aseguradora debe ser dirimida por la jurisdicción ordinaria por su naturaleza contractual, la cual requiere de un análisis legal detallado que no se puede garantizar mediante un mecanismo de protección urgente de derechos fundamentales.

1. Proceso T-10.012.873

1. Hechos relevantes

1. El señor Alberto tiene 45 años de edad y fue diagnosticado con “cáncer de páncreas duodeno irresecable – etapa tres (terminal)”10, en julio de 2021. Debido a la etapa avanzada de su enfermedad, requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos. Ello le genera altos gastos de transporte y acompañamiento por la incapacidad de sus familiares para asistirlo. Es el único que provee para él y su familia.

1. En febrero de 2021, Alberto suscribió un contrato de seguro de vida con cobertura para incapacidad total o permanente con HDI Seguros, a través de la Cooperativa Financiera de Ahorro y Crédito Fincomercio Ltda (en adelante, Fincomercio). Dicha póliza entró en vigencia el 1º de marzo de 2021 y se extiende hasta septiembre de 2024. Incluye amparo de vida e incapacidad.

1. El 23 de julio de 2021, el señor Alberto solicitó un anticipo del 50% del amparo básico de vida y una renta mensual de gastos para el hogar por 12 meses, conforme al clausulado de la póliza. Sin embargo, el 22 de octubre de 2021, HDI Seguros negó la solicitud con el argumento de que “el padecimiento se venía manifestando antes de su ingreso a la póliza, toda vez que desde diciembre 2020 se había informado al señor Alberto, que se debía realizar exámenes”.

1. El 4 de octubre de 2023, el accionante elevó una solicitud similar a la ya rechazada por HDI Seguros, y el 24 de octubre siguiente, la aseguradora negó nuevamente la petición. Sostuvo que la enfermedad fue reportada más de dos años después de su diagnóstico inicial y no había sido declarada previamente por el asegurado. Adujo que “[…] Teniendo en cuenta que el padecimiento (Tumor Maligno de la Cabeza del Páncreas), fue causado y acelerado por sus antecedentes (enfermedad del páncreas, no especificada, otras pancreatitis crónicas) en estudio y evolución desde el año 2020, no se originaron estando asegurado bajo el presente amparo, no fueron declarados y son anteriores a estar cubierto bajo la póliza expedida por la

compañía, o sea son preexistentes, por lo tanto, no es posible atender favorablemente su solicitud, por lo que en la fecha HDI SEGUROS DE VIDA S.A., la objeta de manera formal y oportuna”11.

1. Colpensiones evaluó a Alberto, determinando una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con fecha de estructuración el 6 de junio de 2023.

1. Solicitud de protección constitucional

1. El 2 de noviembre de 2023, el señor Alberto, solicitó la protección de su derecho fundamental a la vida y otros derechos conexos, los cuales consideró vulnerados tanto por HDI Seguros Colombia como por Fincomercio, al negar la asistencia contratada.

1. En consecuencia, solicitó ordenar a HDI Seguros la activación efectiva de la póliza para cubrir los anticipos por enfermedades graves y una renta mensual para gastos del hogar por 12 meses, según lo estipulado en el contrato.

1. Trámite procesal de instancia

1. Mediante auto de 3 de noviembre de 2023 el Juzgado Primero Municipal de Envigado (Antioquia) admitió la acción de tutela y concedió dos días a las accionadas para presentar informes en ejercicio de su derecho a la defensa.

1. Oposición en instancia

1. HDI Seguros solicitó declarar la improcedencia de la acción. Advirtió, por un lado, que la acción de tutela no es el mecanismo idóneo para resolver el reconocimiento de un contrato de seguro en tanto corresponde resolverla al juez ordinario. Esto en la medida que la controversia se centra en la inconformidad del actor con la objeción de la entidad para hacer efectiva la póliza. Al ser una cuestión meramente económica, no se afectan derechos fundamentales ni se trata de un asunto con relevancia constitucional. Por otro lado, sostuvo que no se cumplen los requisitos excepcionales para la procedencia de la acción de tutela. En efecto, al actor le fue reconocida una pensión por parte de Colpensiones de manera que cuenta con recursos económicos suficientes y no hay riesgo de que sufra un perjuicio irremediable.

1. Fincomercio solicitó ser desvinculado de la causa en tanto su actuación se limitó a suscribir un convenio con terceros para que los asociados adquieran seguros a precios más favorables. Explicó que, en virtud de dicho convenio, únicamente presta el servicio de recaudo que no implica pago por concepto de seguro o intermediación. Por ello, no tiene injerencia alguna en los términos del contrato de seguro ni conocimiento de las reclamaciones realizadas por el accionante. En todo caso, consideró que la solicitud es improcedente por circunscribirse a diferencias derivadas de un contrato de seguro, ámbito que corresponde a la jurisdicción civil ordinaria.

1. Decisiones judiciales objeto de revisión

1. Decisión de primera instancia

1. El 17 de noviembre de 2023 el Juzgado Primero Municipal de Envigado (Antioquia) declaró improcedente el amparo por incumplir el requisito de subsidiariedad. Explicó que, si bien la condición de salud y la pérdida de capacidad laboral del accionante permiten cierta flexibilidad en el estudio del requisito de subsidiariedad, no se demostró la falta de eficacia

de los mecanismos ordinarios que justificarían la intervención del juez de tutela, ni perjuicio irremediable alguno. Además, se trata de un asunto de naturaleza económica que debe ser ventilado ante la jurisdicción ordinaria civil. En efecto, tal como lo establece la sentencia T-379 de 2022, esa es la jurisdicción que ofrece los mecanismos adecuados para resolver disputas contractuales. Por último, desvinculó del trámite a Fincomercio.

1. Impugnación

1. El accionante impugnó la decisión de primera instancia. Explicó que su solicitud de tutela no busca discutir un tema contractual. Por el contrario, pretende la protección de sus derechos fundamentales a través del pago de los beneficios de la póliza de seguro que le permitirían cubrir los gastos inherentes a su enfermedad. En efecto, los medios ordinarios no resultan idóneos para su caso concreto debido a que su estado terminal de salud requiere medidas urgentes que no solo no dan espera, sino que exigen una intervención judicial inmediata para evitar daños irreparables tales como la imposibilidad de asistir a sus citas médicas y cubrir los gastos básicos para él y su familia.

1. Indicó haber informado a la aseguradora sobre su diagnóstico de cáncer de páncreas el 23 de julio de 2021, un día después de recibirlo, y que no existía diagnóstico de enfermedad grave antes de esa fecha. Así mismo, aclaró que aun cuando Colpensiones le reconoció una pérdida de capacidad laboral del 57.02%, no ha recibido ningún pago de pensión. Por tanto, la negativa de la aseguradora a pagar los beneficios de la póliza es injustificada y atenta directamente contra sus derechos fundamentales.

2.5.3. Decisión de segunda instancia.

1. El 15 de diciembre de 2023, el Juzgado Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia) confirmó el fallo impugnado. Explicó que, aunque el accionante manifestó que sus derechos fundamentales a la salud, vida y dignidad estaban en riesgo, la pretensión se centraba en un asunto económico. En todo caso, expuso que no se aportaron pruebas suficientes para demostrar que la falta de reconocimiento de la póliza afectaba el acceso a servicios de salud o los gastos personales y familiares del accionante.

1. Actuaciones adelantadas en sede de revisión

1. Los expedientes de la referencia fueron seleccionados y acumulados para revisión de la Corte Constitucional mediante auto de 22 de marzo de 2024, proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres.

I. CONSIDERACIONES

1. Competencia

1. La Sala Sexta de Revisión es competente para revisar las sentencias de tutela proferidas dentro de los procesos de la referencia, con fundamento en el inciso segundo del artículo 86 y el numeral 9 del artículo 241 de la Constitución Política, y en los artículos 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

1. Problema jurídico y estructura de la decisión

1. Tal como se expuso en los antecedentes, el asunto bajo examen versa sobre la supuesta vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes al mínimo vital y a la vida digna, como consecuencia de la negativa de las entidades aseguradoras accionadas de hacer efectivas las pólizas de seguros contratadas, con fundamento en la presunta reticencia de los asegurados al omitir información médica relevante para la determinación del estado del riesgo asegurable.

1. En ambos casos, los jueces de instancia consideraron incumplido el requisito de subsidiariedad por existir mecanismos judiciales idóneos para resolver los asuntos contractuales puestos a su consideración.

1. En consecuencia, corresponde a la Sala revisar si los fallos de tutela que declararon improcedente el amparo solicitado deben ser confirmados por estar ajustados a derecho, o revocados por carecer de fundamento en los términos de los artículos 31 a 36 del Decreto Ley 2591 de 1991. Para tal efecto, la Sala determinará si las entidades aseguradoras accionadas vulneraron los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes, al objetar las reclamaciones que presentaron por supuestamente haber incurrido en reticencia.

1. Al efecto, la Sala examinará (3) si se cumplen los requisitos de procedencia de la solicitud de tutela, caso en el cual revocará los fallos revisados por no estar ajustados a derecho. En el análisis de fondo del asunto que lo anterior habilita, reiterará la jurisprudencia sobre (4) la reticencia en el contrato de seguro, y (5) resolverá los casos concretos.

1. Análisis de los requisitos de procedencia de las acciones de tutela

1. Legitimación en la causa por activa

1. La Sala constata que en ambos casos acumulados se cumple el requisito de legitimación en la causa por activa, pues los accionantes presentaron las respectivas solicitudes de tutela en nombre propio, alegando la presunta vulneración de sus derechos fundamentales.

1. Legitimación en la causa por pasiva12

1. El mismo artículo 86 superior y los artículos 1º y 5º del Decreto Ley 2591 de 1991 establecen que la acción de tutela procede contra cualquier autoridad pública e incluso contra particulares. En este último caso, según los artículos 86 de la Constitución y 42 del Decreto Ley 2591 de 1991, la tutela procede excepcionalmente contra particulares (i) encargados de la prestación de un servicio público, (ii) cuya conducta afecte de manera grave y directa el interés colectivo, y (iii) respecto de quienes el solicitante se encuentre en un estado de subordinación o indefensión13.

1. La jurisprudencia constitucional ha precisado que la subordinación corresponde a una "relación jurídica de dependencia"14 o "[a]l sometimiento en que se encuentra una persona en razón a un vínculo o título jurídico que lo ata con la entidad particular que presuntamente vulnera sus derechos"15; mientras que la indefensión "es un concepto de carácter fáctico que se configura cuando una persona se encuentra en estado de debilidad manifiesta frente a otra"16, de modo que la primera "se [halla] inerme, desamparada, es decir, sin medios físicos o jurídicos de defensa o con medios y elementos insuficientes para resistir o repeler la agresión o amenaza de vulneración a su derecho fundamental"17. De ahí que la indefensión

“se debe valorar conforme a las circunstancias de hecho presentes en el proceso, de manera que se compruebe la existencia de una desventaja ilegítima capaz de afectar los derechos fundamentales”18.

1. En el caso de controversias relacionadas con contratos de seguro, la jurisprudencia constitucional ha señalado que si bien la actividad aseguradora es de interés público19, no puede ser categorizada como un servicio público, ya que la póliza que se reclama no corresponde a una actividad que deba ser prestada en forma regular, permanente y continua, sino al objeto de un contrato orientado a amparar un riesgo específico20. Además, tampoco existe una afectación al interés colectivo, pues entre el asegurador y el asegurado y/o beneficiario de la póliza surge un vínculo de carácter particular que habilita a este último a elevar una reclamación a título personal, con fundamento en la celebración del contrato de seguro21. A pesar de ello, ha admitido la procedencia de la tutela para decidir asuntos que involucran el pago de las prestaciones derivadas de un contrato de seguro, dada la situación de indefensión en que se encuentra el solicitante de los beneficios de la póliza frente a la compañía aseguradora.

1. Si bien algunas Salas de Revisión han considerado que “entre el tomador y la aseguradora, no existe subordinación alguna”22, pues “la consensualidad permite libremente al tomador aceptar y negociar el contrato en las condiciones establecidas por la aseguradora”23, lo cierto es que la relación que se establece en este tipo de acuerdos no es consecuencia de una posición de igualdad entre las partes, ya que el contrato puede celebrarse entre personas con posiciones socio-económicas equivalentes o asimétricas24. De allí que, en estos casos, la relevancia ius fundamental de la controversia sea directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses en tensión25.

1. Al efecto, la Corte Constitucional ha determinado que la acción de tutela procede frente a las aseguradoras con fundamento en (i) la asimetría constitutiva de las partes; (ii) la

situación de indefensión que supone como contrapartida la posición dominante de las aseguradoras (en algunas sentencias se habla incluso de una situación de subordinación similar a la existente en materia laboral o educativa)26; y (iii) la noción de que la actividad aseguradora desborda el mero interés particular de cualquier relación contractual.

1. En el seguro de vida de personas, el vínculo negocial que surge involucra un desequilibrio natural o “una relación de desigualdad que rompe el sinalagma del acuerdo”27, “por virtud del cual el cliente o usuario se encuentra, por regla general, en una posición de disparidad económica e inferioridad frente a las empresas con las cuales contrata sus servicios”28. En este, la relación contractual se desarrolla en un escenario de subordinación, similar al existente en materia laboral o educativa29.

1. Justamente, el seguro es un contrato de adhesión en el que, por regla general, su contenido no es de libre discusión30. Si bien existen eventos en los que la parte asegurada tiene un poder económico suficiente como para imponer a la compañía de seguros las propias condiciones que integrarán el clausulado, esta posibilidad es excepcional31.

1. Dada la marcada restricción de la voluntad de uno de los contratantes, el cual suele ser la persona económicamente menos fuerte32, en el seguro de vida la compañía aseguradora fija las condiciones en que prestará sus servicios o asumirá el riesgo, y así lo hace saber a la otra parte contratante para que esta, si le conviene y está de acuerdo, suscriba el contrato33. A pesar de que el tomador tiene la posibilidad de conocer las condiciones en que va a contratar el seguro, no puede discutir el clausulado del contrato34. Simplemente se adhiere a él y, por tanto, no tiene otra alternativa que aceptar todas y cada una de las cláusulas impresas en la póliza35.

1. Las demás autoridades vinculadas no tienen legitimación en la causa por pasiva dado que no se evidencia ninguna acción u omisión de su parte que haya contribuido a la presunta vulneración de derechos que busca amparar el demandante y, además, fueron desvinculadas del trámite de tutela por los jueces de instancia.

1. Inmediatez

1. La acción de tutela es un mecanismo expedito que busca garantizar la protección inmediata de los derechos fundamentales cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de las autoridades públicas o de los particulares. Así, uno de los requisitos para evaluar su procedencia es la inmediatez. Lo anterior significa que, si bien la tutela puede formularse en cualquier tiempo, su interposición debe hacerse dentro de un plazo razonable y proporcionado a partir del evento generador de la supuesta amenaza o violación de los derechos fundamentales, so pena de que se determine su improcedencia36.

1. En los procesos de la referencia, la Sala constata que las solicitudes de tutela fueron presentadas dentro de términos razonables desde las fechas de los hechos que generaron las presuntas vulneraciones de los derechos fundamentales37. La solicitud de tutela a la que le corresponde el radicado T-9.975.658 fue presentada el 17 de noviembre de 2023, mientras que la reclamación fue objetada el 25 de septiembre del mismo año. En cuanto al radicado T-10.012.873, la respectiva demanda fue presentada el 2 de noviembre de 2023, y según lo alega el accionante en su escrito de tutela, la negación de la reclamación por parte de HDI Seguros tiene fecha de 24 de octubre de 2023.

1. Subsidiariedad

1. De acuerdo con los artículos 86 superior y 6 del Decreto Ley 2591 de 1991, la acción de tutela tiene carácter subsidiario. El principio de subsidiariedad determina que este mecanismo de protección es procedente siempre que no exista otro medio de defensa judicial; cuando exista, el mecanismo no sea idóneo y eficaz en las condiciones del caso concreto y sea necesaria la intervención del juez constitucional para conjurar o evitar la consumación de un perjuicio irremediable.

1. Esta Corte ha señalado que, en principio, la tutela no es procedente para solicitar que se haga efectiva la cobertura de los contratos de seguro, dado que, en principio, se trata (i) de un asunto de contenido económico, y (ii) de una controversia de carácter contractual que cuenta con otros medios judiciales de solución38. Por consiguiente, las diferencias que se originan en la actividad aseguradora y en el objeto de protección o riesgo asegurado deben tramitarse ante los jueces ordinarios en atención a su carácter contractual39.

1. Justamente, el beneficiario del seguro puede acudir a la jurisdicción ordinaria civil para solicitar que, mediante el proceso verbal40 o verbal sumario41, se le imponga a la compañía aseguradora la obligación de reconocer las prestaciones previstas en la póliza, de acuerdo con "[e]l tipo de controversia originada en la relación de aseguramiento"42. Estos mecanismos cuentan con herramientas e instrumentos procesales que permiten a los interesados reclamar sus derechos, formular oposiciones frente a las actuaciones de las partes involucradas en el negocio jurídico objeto del litigio, y prevén amplias oportunidades para solicitar o controvertir pruebas y, si se considera necesario, interponer recursos43.

1. Además, el medio de defensa ordinario contempla garantías para salvaguardar los derechos fundamentales de las partes y propende por la protección oportuna de los derechos en disputa44. Esto se debe a que, de un lado, es posible solicitar la práctica de las medidas cautelares previstas en el artículo 590 del Código General del Proceso "para la protección del derecho objeto del litigio, impedir su infracción o evitar las consecuencias derivadas de la misma, prevenir daños, hacer cesar los que se hubieren causado o asegurar la efectividad de

la pretensión”. Por otro lado, el artículo 121 del mismo estatuto señala que no podrá transcurrir un lapso superior a un año para dictar sentencia de primera o única instancia, contado a partir de la notificación del auto admisorio de la demanda o mandamiento ejecutivo a la parte demandada o ejecutada45.

1. Por otra parte, el consumidor financiero puede acudir a la acción de protección al consumidor, para que, en ejercicio de las facultades jurisdiccionales conferidas por el artículo 57 de la Ley 1480 de 201146, la Delegatura de Asuntos Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera decida, con carácter definitivo, las controversias relacionadas con la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones contractuales que las entidades vigiladas asuman con ocasión de la actividad financiera, bursátil o aseguradora47.

1. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de la tutela para solucionar controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro cuando, de acuerdo con las circunstancias del caso, los medios ordinarios de defensa no sean eficaces ni idóneos para proteger los derechos fundamentales del accionante, “atendiendo las circunstancias en que se encuentra”48, y se encuentre ante la ocurrencia de un perjuicio irremediable49. En atención a estas circunstancias, es posible que la discusión acerca de una cobertura, la negativa a reconocer un siniestro50 o cualquier otro desacuerdo “trasciendan la órbita eminentemente económica y tengan un efecto directo y específico en la vida digna, el mínimo vital o en otro derecho fundamental”51, como la vida52, la salud53, el debido proceso54, la igualdad55, la educación56 o la vivienda57 –algunos de estos, alegados por los accionantes en los procesos acumulados–. En presencia de estos eventos, el conflicto “no corresponde a una simple reclamación por pérdida, deterioro o destrucción de una mercadería, sino que el riesgo asegurado recae sobre un bien personalísimo”58, de allí que sea procedente la acción de tutela para conjurar su amenaza o vulneración. Según lo ha precisado la jurisprudencia constitucional, “solo en aquellos casos en los que las actuaciones de las aseguradoras puedan incidir en el ejercicio de los derechos fundamentales, el juez de tutela tiene la potestad de examinar el conflicto contractual, para determinar si le asiste una protección especial al tomador de la póliza, en consideración a sus condiciones, y ordenar

como consecuencia el pago de la misma”59, para lo cual el presunto afectado “requiere demostrar, siquiera sumariamente, que el derecho fundamental se encuentra expuesto al daño alegado de no darse una medida de amparo en sede de tutela”60. Esta última circunstancia es especialmente relevante si ante el incumplimiento de las obligaciones contractuales la aseguradora ha decidido iniciar un proceso ejecutivo en contra del reclamante61.

1. En todo caso, a efectos de examinar la procedencia de la tutela en este tipo de controversias, la jurisprudencia constitucional ha señalado que, en cada situación, se deben valorar las circunstancias particulares de los accionantes, como se deriva de lo dispuesto en la última parte del artículo 6.1 del Decreto 2591 de 1991, según el cual, la existencia de otros recursos o medios de defensa judiciales debe ser “apreciada en concreto, en cuanto a su eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentra el solicitante”.

1. De un lado, esta Corte ha señalado que la intervención del juez de tutela se justifica, por ejemplo, en presencia de una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de menores de edad, adultos mayores, mujeres embarazadas y personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que, además, no cuentan con ingresos suficientes62. Esto es así, pues “para una persona de especial protección constitucional la negativa de las aseguradoras de hacer efectivas las pólizas puede generar situaciones socioeconómicas complejas que en algunos casos llegan [a] agravar su condición personal”63. En estos eventos, el análisis de procedencia debe efectuarse en consideración a las repercusiones que la situación expuesta como sustento de la solicitud de amparo podría tener sobre el contexto particular del accionante en situación de vulnerabilidad, “teniendo en cuenta que su capacidad para reaccionar a la misma y defender sus derechos adecuadamente, se encuentra limitada”64.

1. De otro lado, en la Sentencia T-662 de 2013 se sintetizaron algunas circunstancias que el

juez de tutela debe considerar al momento de verificar la procedencia de la solicitud en este tipo de asuntos, entre ellos señaló: (i) que “existe mayor probabilidad de vulnerar los derechos fundamentales cuando el interés del accionante no sea exclusivamente patrimonial”, como ocurre en el caso de los créditos hipotecarios obtenidos con el fin de adquirir una vivienda que, en muchos casos, no solo beneficia al deudor, sino también a su familia. (ii) “[S]i la persona que solicita el amparo se encuentra en una condición de discapacidad superior al 50%, (…) existe un mayor riesgo de vulnerar sus derechos fundamentales”; en todo caso, ello no constituye por sí misma una razón suficiente para justificar la intervención del juez de tutela. (iii) Se debe verificar que quien solicita el amparo “carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar sus gastos”. Finalmente, (iv) “el juez debe verificar otros aspectos como las obligaciones familiares, o del grupo familiar del afectado o la presencia de circunstancias adicionales de vulnerabilidad en el peticionario”, pues “[s]olo las circunstancias del caso concreto determinarán los aspectos relevantes a ser tenidos en cuenta por el juez, siempre con el propósito de evaluar si las cargas procesales son o no excesivas para el peticionario”65.

1. A partir de los criterios jurisprudenciales mencionados, la Sala analizará si en los procesos acumulados bajo estudio se cumple el requisito de subsidiariedad, para determinar si los fallos de instancia deben ser revocados en cuanto las solicitudes de tutela resultarían procedentes.

1. En el caso T-9.975.658 el Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. confirmó la sentencia proferida por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C. que declaró la improcedencia de la acción por incumplir el requisito de subsidiariedad en tanto el accionante acudió directamente a la tutela sin agotar previamente las vías judiciales ordinarias pertinentes para resolver un litigio contractual sobre la interpretación de las enfermedades excluidas de la póliza que debía ser resuelto por el juez natural. Sostuvo que la objeción por reticencia de la aseguradora debe ser dirimida por la jurisdicción ordinaria por su naturaleza contractual, la cual requiere de un análisis legal detallado que no se puede garantizar mediante un mecanismo de protección urgente de derechos fundamentales.

1. En el caso T-10.012.873 el Juez Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia) confirmó la sentencia proferida por el Juez Primero Municipal de Envigado (Antioquia) que declaró improcedente el amparo por incumplir el requisito de subsidiariedad. Explicó que no se demostró la falta de eficacia de los mecanismos ordinarios que justificarían la intervención del juez de tutela, ni perjuicio irremediable alguno. Además, se trata de un asunto de naturaleza económica que debe ser ventilado ante la jurisdicción ordinaria civil.

1. En el caso T-9.975.658, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común; del total del subsidio de incapacidad que percibe, solo quedan a su disposición $25,837 que están destinados para la atención de sus padres adultos mayores66; y dijo haber acudido a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

1. En el caso T-10.012.873, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con origen en enfermedad cáncer terminal en etapa IV, lo que lo convierte en un sujeto de especial protección constitucional y destaca la urgencia del pronunciamiento en sede de tutela; requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos; y dijo ser el único que provee para él y su familia.

1. Así, los casos objeto de acumulación en esta decisión demuestran que se trata de personas en estado de vulnerabilidad, circunstancia que hace que se inserten en las reglas explicadas en los fundamentos jurídicos anteriores, planteadas por el precedente que admite la procedencia, de manera excepcional, de la acción de tutela en controversias sobre contratos de seguro. Además, los mecanismos ordinarios tampoco resultan eficaces porque pueden tardar hasta un año o más en su trámite a pesar de que la protección que demandan

los accionantes requiere de decisiones inmediatas que eviten que se sigan produciendo efectos que vulneren los derechos fundamentales cuya protección pretenden.

1. En consecuencia, las decisiones revisadas serán revocadas por no estar conformes a derecho. En efecto, las particulares circunstancias en las que se encuentran los accionantes no fueron tenidas en cuenta por los jueces de instancia al momento de analizar el cumplimiento de los requisitos de procedencia de la solicitud de tutela. En el análisis de fondo del asunto que lo anterior habilita, reiterará la jurisprudencia sobre (4) la reticencia en el contrato de seguro, y (5) resolverá los casos concretos.

1. La reticencia en el contrato de seguro67

1. Específicamente, en asuntos relativos a seguros de vida en los que las entidades financieras o aseguradoras niegan el pago de la prestación asegurada con fundamento en la presunta reticencia del asegurado en la declaración del estado del riesgo, la jurisprudencia constitucional ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela cuando se advierte la necesidad de proteger los derechos fundamentales del asegurado, el tomador o sus beneficiarios, ante una conducta de abuso de la posición dominante de la aseguradora.

1. Si bien las entidades dedicadas a actividades financieras o aseguradoras tienen la posibilidad de fijar los requisitos para la prestación de sus servicios, las condiciones y exigencias para acceder a créditos y transacciones, tal libertad contractual no puede ser empleada sin consideración a los derechos fundamentales involucrados en tales transacciones. Por tanto, “en aras de evitar que con base en la superioridad que ejerce[n] frente al usuario, abusen de su poder a través de la imposición de cláusulas arbitrarias o por fuera de los límites que la ley prevé”68, esta Corte ha reconocido la procedencia excepcional de la tutela “ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario”69 cuando le dilatan o incumplen los compromisos, “lo que afecta los

derechos fundamentales del tomador o sus beneficiarios”70. En estos eventos, la intervención del juez constitucional se justifica para “evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquive el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental”71.

1. En ese contexto, cuando se alega la vulneración de garantías constitucionales “por abuso de [la] posición dominante ante [la] negativa de pagar pólizas de seguro en casos de invalidez y muerte alegando reticencia”72, se ha considerado que el juez debe determinar si, en tales casos, la conducta de la aseguradora resulta injustificada, al no acreditarse el cumplimiento de los deberes previstos en la Ley 1328 de 200973, consistentes en garantizar una debida diligencia (i) en el ofrecimiento de productos financieros o en la prestación de servicios a los consumidores74; y (ii) en brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna, respecto al objeto y condiciones de la contratación, que se ha considerado un deber de transparencia75.

1. (i) El deber de debida diligencia. En el contrato de seguros se exige que las partes “desplieguen una actividad con lealtad para su ejecución, gobernada por la diligencia y el cuidado necesarios, ya que todo acto contrario a la misma […] imposibilit[a] el cumplimiento simultáneo de las obligaciones mutuas y recíprocamente contraídas”76.

1. De este deber se sigue que las entidades financieras o aseguradoras “les deben brindar a los consumidores financieros una «atención debida y respetuosa en desarrollo de las relaciones que establezcan con aquellas, y en general, en el desenvolvimiento normal de sus operaciones […] de forma que se propenda por la satisfacción de las necesidades con el consumidor financiero, de acuerdo con la oferta, compromiso y obligaciones acordadas»”77. En consecuencia, en todo momento, “las entidades financieras y aseguradoras [deben] asesor[ar] a sus clientes de forma idónea, suficiente y oportuna, con el fin de que estos puedan tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus intereses y necesidades”78.

1. (ii) El deber de transparencia: brindar información cierta, suficiente, clara y oportuna. Las entidades financieras y aseguradoras “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 seguros”79.

1. El suministro de información en tales condiciones –esto es, con el cumplimiento de los deberes de debida diligencia y transparencia– “busca equilibrar la situación de indefensión en la que se encuentran los consumidores financieros frente a las entidades financieras y aseguradoras […], permitiéndoles tomar mejores decisiones, […] propendiendo porque conozcan tanto sus derechos como las obligaciones adquiridas”83. De este modo, “se restringe el ejercicio de la posición dominante con base en la cual esas entidades suelen imponer obligaciones a sus clientes y se garantiza el interés público que caracteriza a las actividades que desarrollan”84.

1. Específicamente, en el seguro de vida, las partes están llamadas a declarar de manera exacta y precisa las condiciones y circunstancias bajo las cuales concurren el riesgo y la póliza85. Para la aseguradora, implica el deber de informar acerca de las condiciones del contrato y sus coberturas; para el asegurado o tomador, el de declarar el estado del riesgo “que sólo él conoce íntegramente”86, “con diligencia y sinceridad”87, en todo caso, conforme a las instrucciones que le suministre la entidad financiera o aseguradora. Por ende, solo en la medida en que la entidad aseguradora brinde información cierta, suficiente, clara y oportuna sobre las condiciones del contrato, en especial, las circunstancias en que la declaración podría considerarse reticente, de lo cual debe quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador, el adquirente estará en la posibilidad de cumplir su obligación de informar los hechos que determinan el estado del riesgo, sobre todo, de aquellos que pudiesen incidir en la expedición de la póliza, la modificación de las condiciones del contrato o la extinción del vínculo.

1. De allí que, ante el incumplimiento de la obligación de transparencia (esto es, la omisión de las entidades financieras y aseguradoras de suministrar información cierta, suficiente, clara y oportuna), no sea dable exigirle al tomador declarar las circunstancias de salud que desconoce, máxime en aquellos eventos en los que el clausulado de la póliza expresamente indica no contemplar exclusiones. En este sentido, en las sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017, esta Corte precisó que, antes de celebrar el contrato o proceder a su renovación, las compañías aseguradoras deben abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia, por lo que se deben "evitar los elementos que generan inseguridad en la ejecución del [contrato]". En consecuencia, dado que "cuando las aseguradoras definen el contenido del contrato de seguros, deben abstenerse, además, de incurrir en cláusulas abusivas", "las prexistencias deben quedar consignadas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no puedan alegarse para negar el pago de la póliza o reducir el monto de la obligación", pues, de acuerdo con el artículo 1604 del Código Civil y en desarrollo del principio de buena fe, se resolverán en favor de la parte débil de la relación contractual, esto es, el asegurado o sus beneficiarios.

1. En el contexto descrito, los deberes de debida diligencia y transparencia adquieren una relación estrecha: no se puede derivar una conducta reticente cuando el tomador no ha tenido conocimiento de los términos en que debe suministrar la información relacionada con el estado de salud, debido, precisamente, al incumplimiento de la aseguradora de su deber de diligencia en suministrar orientación cierta, suficiente, clara y oportuna, sobre el tipo de información que debe suministrar y las posibles fuentes de dicha información, como la historia clínica o las certificaciones médicas.

1. No obstante, la posición de esta Corporación sobre los deberes de las aseguradores en relación con la determinación del estado de riesgo no ha sido pacífica. Tal como se detalló en la sentencia T-025 de 2024, han sido tres las posturas jurisprudenciales que pueden diferenciarse:

Postura

Fundamento88

Postura 1

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

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

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

i. El artículo 1058 del CCo. prevé que el tomador está obligado a declarar sinceramente cuál es el estado del riesgo y advierte que la reticencia puede generar la nulidad del contrato89.

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

iii. El contrato de seguro se basa en el principio de buena fe (uberrimae bona fidei)90, por lo que no es posible indultar o condonar las reticencias deliberadas de los tomadores.

* Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en las sentencias de 26 de abril de 200791 y SC2803-2016 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 201692 y T-071 de 2017.

Postura 2

1. El deber de diligencia exige que, en algunos casos, la aseguradora constate la veracidad de las respuestas al cuestionario y verifique el real estado de salud del tomador. En particular, de acuerdo con la reciente jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, la declaración de asegurabilidad no basta "cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo"93. En estos casos, el asegurador debe constatar el estado de salud del tomador y verificar la veracidad de la declaración de asegurabilidad por medio de, entre otras, la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica. Si no lo hace, se aplica la regla de conocimiento presuntivo, aun si el tomador omitió informar sobre preexistencias al contestar el cuestionario.

2. Para demostrar el conocimiento presuntivo de la aseguradora94 en estos casos, se debe acreditar que: "(i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas"95.

3. La regla de conocimiento presuntivo "no es un remedio general para indultar o condonar notorias reticencias, sino un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, pero que no implica dejar de lado el celo, honestidad y transparencia, que el tomador debe observar cuando declara las circunstancias del riesgo que busca trasladar"96.

* Esta postura ha sido aplicada por (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias: SC18563-201697, SC3791-2021, SC167-2023 y STL588-202398 y (ii) la Corte Constitucional, en las sentencias T-501 de 201699 y T-660 de 2017100.

Postura 3

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

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

i. Los tomadores no suelen contar "con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades"101.

ii. La aseguradora es un profesional por lo que el estándar de diligencia exigible en la etapa precontractual debe ser particularmente exigente. Además, es quien "conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro"102 y, por lo tanto, quien puede determinar "aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares"103.

iii. El contrato de seguro es de adhesión lo que implica que el tomador de la póliza simplemente acepta los términos y condiciones plasmados por la aseguradora. De este modo, "siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele (…) irregularidades"104 en el diligenciamiento del cuestionario y la declaración de asegurabilidad.

* Esta postura ha sido aplicada por: (i) la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, en las sentencias STL7955-2018, STL3608-2019 y STL4077-2022 y (ii) la Corte Constitucional, en las

sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015, T-658 de 2017 y T-379 de 2022105 de la Corte Constitucional.

1. Para la Sala, en el presente caso la segunda postura es la que mejor armoniza las obligaciones de las partes porque en el contrato de seguros, “no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo”106, de ahí que no sea suficiente que las empresas aseguradoras se limiten a informar las condiciones en que se debe declarar el estado del riesgo, sino que estas deben “verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros”107.

1. Si bien el adquirente debe declarar su condición de salud, “la aseguradora será quien investigue el estado del riesgo”108, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad109. Justamente, “la Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora”110, pues, de un lado, “en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”111 y, de otro lado, al ser “la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro”112, la aseguradora puede determinar “aquellas circunstancias que incidan en la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares”113, con fundamento en las cuales puede establecer condiciones especiales para la celebración del contrato.

1. Este deber, entonces, no se cumple simplemente con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías o con la imposición del diligenciamiento de un cuestionario predeterminado114, anexo a la póliza. Para cumplir con este deber sustantivo,

tanto al momento de la celebración del contrato como de manera previa a sus renovaciones, las entidades financieras y aseguradoras pueden acudir, entre otras, a alguna de las siguientes alternativas para conocer el estado del riesgo: (i) realizar exámenes médicos115; (ii) solicitar exámenes, certificados médicos recientes116 o copia de la historia clínica; o (iii) consultar directamente la historia clínica117, para lo cual requiere autorización. En todo caso, cualquiera de ellas u otras alternativas igualmente idóneas para lograr el cumplimiento de aquel deber sustantivo, deben ser comunicadas al adquirente, con el fin de que este tenga la posibilidad de aportar el instrumento que considere idóneo para dar cuenta de sus reales circunstancias de salud o conferir la autorización para la consulta de sus registros y, de tal forma, declarar el estado del riesgo en las condiciones prescritas por la compañía118, caso en el cual podrá la compañía aseguradora pactar las condiciones del contrato a que hubiere lugar o no asumir el riesgo, pero no podrá posteriormente aplicar las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio. Para tales efectos, en el cuestionario o formato que elaboren, las aseguradoras deberán incluir las instrucciones y exigencias o precisiones que consideren indispensables para el cumplimiento de su obligación de debida diligencia y transparencia, de lo cual, en todo caso, deberá quedar constancia suscrita por el asegurado o tomador.

1. En efecto, dado que la reticencia solo existirá cuando la aseguradora, a pesar del cumplimiento de su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos119, no podrá oponerse al pago de la póliza, “como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”120, cuando (i) ha conocido o debido conocer los hechos que aluden a los vicios de la declaración121, como en aquellos eventos en los que se abstuvo de comprobar el estado de salud al momento de tomar el seguro122, “renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo”123; o (ii) de haber conocido los hechos y no haberlos puesto de presente para modificar las condiciones del contrato, “los subsan[a] mediante su aceptación expresa o tácita”124, lo que ocurre cuando, en el marco de una relación contractual en la que se ha renovado la póliza, el asegurado ha efectuado reclamaciones previas y, pese a ello, la aseguradora decide renovar el seguro, conocedora de los antecedentes que dieron lugar a la petición125.

1. En otras palabras, tal como lo sostuvo la Corte en Sentencia T-025 de 2024, la aseguradora “tiene un deber de debida diligencia para determinar el verdadero estado del riesgo, cuyo incumplimiento impide alegar la nulidad126. Este deber está fundado en que “la compañía aseguradora es una profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y en la etapa precontractual”127. En caso de que no demuestre haber actuado con diligencia en la etapa precontractual para comprobar el estado del riesgo, se presume que conocía sobre los vicios de la declaración (vgr. preexistencias que no fueron informadas u otro tipo falsedades) por el tomador y, por lo tanto, está imposibilitada para alegar la nulidad del contrato por reticencia y objetar el pago de la indemnización pactada en el contrato. Esta regla ha sido denominada por la jurisprudencia ordinaria como el conocimiento presunto o presuntivo del estado del riesgo o los vicios de la declaración128”.

1. Justamente, en atención al carácter de tracto sucesivo del contrato de seguro, por el cual “las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, [sino que] se desenvuelven continuamente hasta que terminan”129, el deber de diligencia de las aseguradoras se maximiza en presencia de una relación contractual amplia, caracterizada por la existencia de un vínculo que se ha renovado periódicamente o en el que se han efectuado reclamaciones previas. En estos eventos, la aseguradora “no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro”130, ni aducir que “el adquirente ha actuado de mala fe, ocultando el estado del riesgo o ha sido negligente al manifestar las condiciones preguntadas por la aseguradora para determinar el estado del riesgo” 131, con el fin de evadir el pago del seguro132. De esta forma, se evita que una de las partes celebre el contrato sin la voluntad real de cumplirlo en el futuro133, y que, en especial, en los contratos de seguro, tiene como causa la existencia de información asimétrica, un supuesto común de falla de mercado134.

1. Al respecto, tanto la Corte Constitucional como la Corte Suprema de Justicia han considerado que las compañías aseguradoras vulneran también el derecho al debido proceso y al mínimo vital de los tomadores cuando, de forma infundada, objetan el pago de la indemnización pactada en seguros de vida o enfermedad a sujetos que se encuentran en

situación de vulnerabilidad económica o social. De un lado, vulneran el derecho al debido proceso si objetan el pago de la indemnización con fundamento en la nulidad relativa del contrato por reticencia, pero no acreditan los elementos para su configuración. De otro, vulneran el derecho al mínimo vital en los casos en que el reclamante se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad por razones económicas o de salud y, en consecuencia, la negativa injustificada al pago de la indemnización impacta gravemente sus condiciones mínimas de subsistencia.

1. Solución de los casos concretos. Las autoridades accionadas vulneraron los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes.

1. En el caso T-9.975.658, la aseguradora Axa objetó de manera formal la reclamación elevada por el accionante al evidenciar, en el proceso de revisión de la documentación aportada y obtenida al momento de la suscripción, que cuando este diligenció y firmó el "formato solicitud de productos persona natural", ya presentaba antecedentes médicos, incurriendo con ello en la omisión de entrega de información y consecuente reticencia por no haber declarado su verdadero estado de salud al momento de contratar el seguro. Explicó que estas preexistencias constituyen un elemento fáctico que se configura, dentro del contrato de seguros suscrito, como una causal de exclusión que libera a la aseguradora de toda obligación.

1. Para la Sala, Axa vulneró los derechos al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital por tres razones. La primera es que Axa no demostró la mala fe del accionante, toda vez que, si bien el accionante manifestó en la declaración de asegurabilidad del 7 de marzo de 2022 que se encontraba en buen estado de salud135, también autorizó de forma expresa a la aseguradora a "tener acceso a [su] historia clínica, y a todos aquellos datos que en ella se registren o llegaren a ser registrados"136; por eso, si la intención del accionante hubiese sido ocultar de forma fraudulenta sus condiciones de salud, no habría otorgado dicha autorización o se habría opuesto a que la aseguradora realizara averiguaciones adicionales. La segunda

es que la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En efecto, como se indicó arriba, la aseguradora tenía acceso a la historia clínica del tomador y, sin embargo, no la revisó sin ninguna justificación. De haberlo hecho, habría advertido los padecimientos que, presuntamente, tenía el tomador al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, y no luego durante el trámite de reclamación con los documentos aportados por el accionante, como en efecto sucedió137. La tercera es que la aseguradora ignoró que el accionante se encuentra en situación de vulnerabilidad por razones económicas y de salud. En efecto, el accionante fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 52,17% con origen en enfermedad y riesgo común; del total del subsidio de incapacidad que percibe, solo quedan a su disposición $25,837 que están destinados para la atención de sus padres adultos mayores138; y dijo haber acudido a la acción constitucional porque no cuenta con recursos para cubrir sus gastos y los de su núcleo familiar.

1. En el caso T-10.012.873, HDI Seguros negó la reclamación elevada por el accionante con el argumento de que “desde diciembre 2020 se había informado al señor Alberto que se debía realizar exámenes”. Sostuvo que la enfermedad fue reportada más de dos años después de su diagnóstico inicial y no había sido declarada previamente por el asegurado. Adujo que “[…] Teniendo en cuenta que el padecimiento (Tumor Maligno de la Cabeza del Páncreas), fue causado y acelerado por sus antecedentes (enfermedad del páncreas, no especificada, otras pancreatitis crónicas) en estudio y evolución desde el año 2020, no se originaron estando asegurado bajo el presente amparo, no fueron declarados y son anteriores a estar cubierto bajo la póliza expedida por la compañía, o sea son preexistentes.

1. Para la Sala, HDI Seguros vulneró los derechos al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital por tres razones. La primera es que HDI Seguros no pudo demostrar mala fe del accionante, pues la enfermedad terminal del accionante fue diagnosticada más de 90 días después de haber iniciado la vigencia del seguro, es decir, el 22 de julio de 2021139. En

segundo lugar, la aseguradora no cumplió con el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de la declaración de asegurabilidad, pues no obra dentro del expediente evidencia de que aquella hubiera requerido a la accionada a aportar historia clínica o haya solicitado su consentimiento para tal fin140; de hecho, de las reclamaciones del accionante, es claro que la accionada advirtió el padecimiento del accionante cuando este reclamó por primera vez su póliza en el año 2021141. La tercera es que la aseguradora ignoró que el accionante se encuentra en situación de vulnerabilidad pues fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 57.02% con origen en enfermedad cáncer terminal en etapa IV, lo que lo convierte en un sujeto de especial protección constitucional y destaca la urgencia del pronunciamiento en sede de tutela, requiere continuas sesiones de quimioterapia y exámenes médicos, y adujo ser el único que provee para él y su familia.

1. En consecuencia, la objeción que las aseguradoras presentaron contra las reclamaciones vulnera los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la vida digna de los accionantes. Por un lado, las accionadas no aportaron elementos de prueba que permitan evidenciar, siquiera de manera sumaria, que hubieran actuado en forma diligente informando a los asegurados de manera cierta, clara, suficiente y oportuna, las condiciones de los seguros; en particular, las coberturas, la forma de solicitar su efectividad y, especialmente, las circunstancias en las que debía informar los cambios en su estado de salud y, por ende, los eventos en los que su declaración pudiese considerarse reticente. Tampoco se observa que las compañías hubieran ofrecido a los asegurados la posibilidad de practicarse un examen médico, aportar una certificación médica reciente, otorgar el acceso a su historia clínica u otro medio idóneo para cumplir con sus deberes de debida diligencia y transparencia.

1. Además, la Sala encuentra que las aseguradoras incumplieron el deber de diligencia en la constatación de la veracidad de las declaraciones de asegurabilidad, por lo que es aplicable la regla del conocimiento presuntivo del estado del riesgo. En criterio de la Sala, este deber era exigible en el presente caso y las aseguradoras no podían conformarse, exclusivamente, con la declaración de asegurabilidad para calificar el estado del riesgo. En consecuencia, esta Sala amparará los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la dignidad humana de los

accionantes, y emitirá órdenes que permitan remediar la vulneración evidenciada:

1. En el caso T-9.975.658, ordenará que la aseguradora Axa, dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 53986 contratada por el señor Andrés, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

1. En el caso T-10.012.873, ordenará a la aseguradora HDI Seguros, a que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro Póliza Vida Grupo Negocios Especiales N° 4000018 contratada por el señor Alberto, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia. Lo anterior, con independencia de que le hubiera sido reconocida una pensión por parte de Colpensiones.

I. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO. En el caso T-9.975.658, REVOCAR el fallo del Juez Cuarenta y uno Civil del Circuito Bogotá D.C. proferida el 7 de diciembre de 2023, que confirmó la sentencia de 31 de octubre de 2023 dictada en primera instancia por la Juez Veinticuatro Civil Municipal de Bogotá D.C.,

para en su lugar amparar los derechos al debido proceso, mínimo vital y a la dignidad del señor Andrés. En consecuencia, ORDENAR a la aseguradora Axa Colpatria Seguros S.A., que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza del Seguro Vida Grupo Deudor No. 53986 contratada por el señor Andrés, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

SEGUNDO. En el caso T-10.012.873, REVOCAR el fallo proferido el 15 de diciembre de 2023 por el Juzgado Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Envigado (Antioquia), que confirmó la sentencia dictada en primera instancia el 17 de noviembre de 2023 por el Juzgado Primero Municipal de Envigado, para en su lugar amparar los derechos al debido proceso, al mínimo vital y a la dignidad del señor Alberto. En consecuencia, ORDENAR a la aseguradora HDI Seguros S.A, a que dentro de los veinte (20) días siguientes a la notificación de esta sentencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza de seguro Póliza Vida Grupo Negocios Especiales N° 4000018 contratada por el accionante, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta sentencia.

TERCERO. DISPONER que la Secretaría General de esta Corporación suprima de toda publicación del presente fallo, los nombres y los datos que permitan identificar a los accionantes en los expedientes T-9.975.658 y T-10.012.873.

CUARTO. Igualmente, ordenar por Secretaría General a los jueces de tutela competentes que se encarguen de salvaguardar la intimidad de las personas mencionadas, manteniendo la reserva sobre el expediente.

QUINTO. Por Secretaría General, LÍBRENSE las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Magistrado

PAOLA ANDREA MENESES MOSQUERA

Magistrada

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Magistrada

Con salvamento de voto

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

SALVAMENTO DE VOTO DE LA MAGISTRADA

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

ACCION DE TUTELA CONTRA ASEGURADORA-Improcedencia por incumplir requisito de subsidiariedad y no acreditar perjuicio irremediable (Salvamento de voto)

Referencia: Sentencia T-344 de 2024

Magistrado ponente:

Antonio José Lizarazo Ocampo

Con mi acostumbrado respeto por las decisiones de la Sala Sexta de Revisión, suscribo este salvamento de voto en relación con la providencia de la referencia. Esto, por cuanto no comparto la decisión de haber revocado, en los expedientes T-9.975.658 (Demandante: Antonio Gómez Rodríguez. Demandados: AXA Colpatria y Banco Itaú) y T-10.012.873 (Demandante: Jorge Willinton Velásquez Álvarez. Demandado: HDI Seguros Colombia), la declaratoria de improcedencia, que los jueces de segunda instancia, Juzgado Cuarenta y Uno Civil Circuito de Bogotá y Juzgado Segundo Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento

de Envigado, respectivamente, habían confirmado a las sentencias de primera instancia en los expedientes en mención. Lo anterior, porque considero incumplidos en ambos casos, el requisito de subsidiariedad, y aun considerando que, se superaba el estudio de dicho requisito de procedencia, estimo que las tutelas debieron ser negadas.

La mayoría de la Sala Sexta de Revisión concluyó que las acciones de tutela sub examine debían amparar los derechos al debido proceso, mínimo vital y a la dignidad de los accionantes, porque: (i) «se trataban de sujetos de especial protección constitucional, cumpliéndose los requisitos de procedencia, y (ii) «se encontró que la objeción al pago de la indemnización por parte de las aseguradoras demandadas, vulneraron los derechos fundamentales [aludidos]. En efecto, [sostuvo que] al no demostrarse el elemento subjetivo de la reticencia operó la regla de conocimiento presuntivo. En consecuencia, se les ordenó realizar los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo garantizado en las pólizas».

Así pues, no estoy de acuerdo con la valoración que se hace en la Sentencia T-344 de 2024 sobre la falta de idoneidad y eficacia de los mecanismos judiciales que los afectados tenían a su alcance; pues estos: el proceso verbal (Art. 340 C.G.P.), el proceso verbal sumario (Art. 341 C.G.P.) y la acción de protección al consumidor (Art. 57 Ley 1480 de2011), al igual que la tutela, hubieran garantizado el debido proceso y demás derechos alegados por los beneficiarios del seguro de vida, ante la negativa de las aseguradoras a cumplir con sus obligaciones contractuales, como lo es el reconocimiento y pago del valor asegurado consignado en la póliza por la ocurrencia del siniestro. Adicionalmente, parece que los accionantes por el solo hecho de ser considerados sujetos de especial protección constitucional, se les hiciera merecedores de la protección constitucional.

En ese sentido, en la sentencia T-379 de 2022, que fue un caso análogo a los estudiados, en que la situación fáctica correspondió a una posible reticencia de un asegurado que falleció, que no declaró su real estado de salud en un contrato de seguro de vida, ante lo cual, su

progenitora de 86 años y con múltiples enfermedades, interpuso una acción de tutela reclamando la efectividad de la póliza, la Corte no encontró cumplido el requisito de subsidiariedad y declaró improcedente el amparo; mismo análisis que debió seguirse en los casos estudiados por la sentencia T-344 de 2024.

Por otro lado, habiéndose estudiado de fondo los expedientes T-9.975.658 y T-10.012.873, debió tenerse más en cuenta lo prescrito por el artículo 1058 del Código de Comercio142, que dispone que la reticencia en la declaración del tomador vicia el contrato de nulidad. La ley se presume conocida y su ignorancia no sirve de excusa. Por tanto, en este caso, para entrar en el fondo del asunto y conceder las tutelas, debió acreditarse que los demandantes no incurrieron en reticencia con un mayor despliegue probatorio, aspecto del que no se ocupó la ponencia. Y en cambio, dio más relevancia a unos deberes de diligencia y transparencia, por encima de una norma de carácter legal exigible.

El anterior precepto normativo también, ha sido aplicado por la Corte Constitucional en las sentencias T-370 de 2015, T-058 de 2016 y T-071 de 2017, que fundamentan su postura en el mencionado artículo 1058 del Código de Comercio. Por tanto, disiento en que no hay una conducta reticente del tomador si la compañía de seguros no informa al asegurado los términos en que debe brindar la información relacionada con su estado de salud, cuando el artículo 1058 ejusdem se basa en el principio de la uberrimae bona fidei143, y exige del asegurado una conducta de absoluta sinceridad al informar su real estado de salud sin estar sujeto a formalidades o acondiciones de la asegurado en la forma de manifestar sus patologías o enfermedades, por lo que no es posible indultar o condonar las reticencias deliberadas de los tomadores.

En los anteriores términos salvo mi voto.

Fecha ut supra,

CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Magistrada

1 Acción de tutela presentada el 17 de noviembre de 2023. Expediente digital. Acta de Reparto, p. 1.

2 En virtud de lo dispuesto en la Circular Interna Nro. 010 de 2022.

3 Contestación de la acción de tutela Axa Colpatria Seguros S.A., pp. 280 a 283.

4 Acción de tutela, p. 32.

6 Acción de tutela, p. 53.

7 Escrito de tutela, p. 75.

8 Fallo de primera instancia, p. 3.

9 Acción de tutela, presentada el 17 de noviembre de 2023, Acta de Reparto p. 1.

10 Acción de tutela, p. 1.

11 Documento de negación de póliza, p. 1.

12 Se sigue la doctrina fijada en las Sentencias T-027 de 2022 y T-379 de 2022.

13 Sentencia T-463 de 2017.

14 Sentencia T-152 de 2006.

15 Sentencia T-490 de 2009.

16 Sentencia T-015 de 2015.

17 Sentencia T-161 de 1993.

18 Sentencia T-490 de 2009.

19 En los términos previstos por el artículo 335 de la Constitución.

20 Sentencia T-660 de 2017.

21 Sentencia T-463 de 2017.

22 Sentencia T-490 de 2009.

23 Ibid.

24 Sentencias T-591 de 2017 y T-658 de 2017.

25 Sentencia T-591 de 2017.

26 Sentencia T-103 de 2019.

27 Sentencia T-370 de 2015.

28 Sentencia T-660 de 2017.

29 Sentencia T-103 de 2019.

30 Sobre la naturaleza del contrato de seguros como de “adhesión”, en Sentencia del 29 de agosto de 1980, la Corte Suprema de Justicia señaló: “[s]e ha dicho con estrictez que el contrato por adhesión, del cual es prototipo el de seguro, se distingue del que se celebra mediante libre y previa discusión de sus estipulaciones más importantes, en que una de las partes ha preparado de antemano su oferta inmodificable que la otra se limita a aceptar o rechazar sin la posibilidad de hacer contrapropuestas”.

31 Ello ocurre, por ejemplo, cuando la contraparte del asegurador es una gran empresa

industrial, comercial o financiera que, mediante su preponderancia económica, la magnitud de valores asegurados y las primas, suele exigir condiciones especiales favorables a sus intereses y presionar la “adhesión” del asegurador a estas condiciones, so pena de la no celebración del contrato.

32 Si bien no puede afirmarse que en los contratos de adhesión el aspecto volitivo solo exista para uno de los contratantes, lo cierto es que este sí se presenta disminuido. Ello es así, por cuanto una parte se adhiere a condiciones preimpresas por otra que, normalmente, es la parte fuerte de la relación contractual. Justamente, el hecho de que las cláusulas se acepten tal y como aparecen redactadas es el fiel reflejo de la voluntad de los contratantes como condición para la existencia del contrato.

33 Esto, a diferencia del acuerdo de voluntades que se realiza en contratos como el de compraventa, arrendamiento e hipoteca, entre otros, en los que las partes suelen discutir condiciones como las referentes al precio, calidad y forma de pago.

34 Justamente, de su naturaleza de contrato de adhesión da cuenta el artículo 1624 del Código Civil, al disponer que “no pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretarán las cláusulas ambiguas a favor del deudor. Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de una falta de explicación que haya debido darse por ella”. En consecuencia, dado que la póliza la elabora el asegurador, si existen cláusulas oscuras o ambiguas se deben interpretar contra él.

35 Existen otras circunstancias fundamentales por las cuales este es un contrato de adhesión que limita la voluntad de las partes para discutir su contenido. De una parte, su reglamentación en el Código de Comercio se encuentra dada a partir de normas imperativas, es decir, disposiciones que no pueden ser modificadas ni derogadas por las partes mediante la convención. Además, se prevén normas que, si bien no son de carácter imperativo, no pueden ser modificadas en su sentido original si tal modificación no se da a favor del asegurado. De otra parte, las pólizas que las compañías de seguros ofrecen están sometidas a control por parte de la Superintendencia Financiera, entidad que orienta su actuar a la protección de los intereses de los asegurados y, en ese contexto, evita que se incluyan en estos modelos de pólizas cláusulas que pueden poner en inferioridad de condiciones a los

asegurados o que otorguen ventajas indebidas para el asegurador.

36 Corte Constitucional, sentencias T-526 de 2005, T-834 de 2005, T-016 de 2006, T-692 de 2006, T-905 de 2006, T-1009 de 2006, T-1084 de 2006, T-792 de 2007, T-825 de 2007, T-243 de 2008, T-265 de 2009, T-299 de 2009, T-691 de 2009, T-883 de 2009, T-887 de 2009, T-328 de 2010, T-805 de 2012 y T-067 de 2020.

37 Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-038 de 2017. La exigencia de inmediatez busca preservar la naturaleza de la acción, concebida como un remedio de aplicación urgente que demanda la protección efectiva y actual de los derechos fundamentales, como se ha reconocido, entre otras, en las sentencias SU-241 de 2015 y T-091 de 2018.

38 Sentencia T-027 de 2022.

39 Ver, Corte Constitucional, Sentencias T-490 de 2009, T-832 de 2010, T-398 de 2014, T-393 de 2015 y T-282 de 2016.

40 Estipulado en el artículo 368 del C.G.P.

41 Previsto por el artículo 390 del C.G.P.

42 Sentencia T-660 de 2017.

43 Sentencia T-058 de 2016.

44 Sentencia T-420 de 2021.

45 Ibid.

46 En relación con este trámite, el parágrafo 3º del artículo 24 del Código General del Proceso, al referirse a las facultades jurisdiccionales de las autoridades administrativas, dispone que estas “tramitarán los procesos a través de las mismas vías procesales previstas en la ley para los jueces. Las providencias que profieran las autoridades administrativas en ejercicio de funciones jurisdiccionales no son impugnables ante la jurisdicción contencioso administrativa […] [L]as apelaciones de providencias proferidas por las autoridades administrativas en primera instancia en ejercicio de funciones jurisdiccionales se resolverán por la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese sido competente en caso de

haberse tramitado la primera instancia ante un juez y la providencia fuere apelable. Cuando la competencia la hubiese podido ejercer el juez en única instancia, los asuntos atribuidos a las autoridades administrativas se tramitarán en única instancia".

47 Sobre este aspecto, en la comunicación remitida el 27 de julio de 2022 por parte de la Superintendencia Financiera, esta entidad manifestó que "si lo que persigue la accionante es la resolución de una controversia contractual particular, el mecanismo idóneo para satisfacer sus pretensiones particulares es la acción de protección al consumidor, la cual puede ejercerse ante un juez ordinario o ante la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de esta Superintendencia que, en su calidad de juez especializado en el contrato financiero, cuenta con competencias legales suficientes para resolver las disputas contractuales que surjan entre un consumidor financiero y una entidad vigilada, siempre que se cumpla con todos los requisitos y cargas de un proceso judicial, conforme a los artículos 57 y 58 de la Ley 1480 de 2011".

49 Por ejemplo, en la reciente Sentencia T-027 de 2022, se precisó: "La Sala constata que en el asunto bajo examen se satisface el requisito de subsidiariedad, pues si bien la accionante contaba con medios ordinarios de defensa judiciales para formular sus pretensiones y obtener la protección de sus derechos, (i) el asunto bajo examen trasciende la órbita económica e impacta los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional y (ii) al momento en que interpuso la tutela, la accionante se encontraba ante la configuración de un perjuicio irremediable".

50 Especialmente, la Corte ha admitido la procedencia de la tutela en controversias relacionadas con contratos de seguro en los eventos en que la falta de reconocimiento de la prestación económica impacte la garantía de los derechos fundamentales del solicitante. En ese sentido, ver las sentencias T-282 de 2016 y T-125 de 2021.

51 Sentencia T-557 de 2013. Criterio reiterado, a su vez, en las sentencias T-568 de 2015, T-501 de 2016 y T-660 de 2017.

52 En Sentencia T-032 de 1998, la Corte conoció acerca de un caso en el que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. le negó la cobertura de una cirugía a una beneficiaria de una póliza de hospitalización, cirugía y maternidad, bajo el argumento de que la póliza se encontraba cancelada por no pago. En relación con otras decisiones en las que se ha considerado la

relevancia constitucional de la controversia por afectación del derecho a la vida, ver la Sentencia T-490 de 2009.

53 Sentencia T-490 de 2009.

54 Sentencia T-058 de 2016.

55 En la Sentencia T-1118 de 2002 este Tribunal estudió una controversia en la que la Corporación para la Rehabilitación del Valle del Cauca, “entidad que agrupa a todas las instituciones educativas y de rehabilitación encargadas de educar y vincular a la sociedad con personas con discapacidades”, solicitó a La Previsora S.A. Compañía de Seguros la cotización de una póliza de accidentes escolares para la vigencia 2001-2002 para la población con discapacidad de las instituciones afiliadas a la Corporación, la cual fue negada “teniendo en cuenta las características del grupo asegurable”. En esa ocasión, la Corte precisó que “no cotizar el costo de la póliza «por las características del grupo asegurable» constituye un trato desigual sin justificación constitucional, esto es, un trato discriminatorio en razón de la condición física o mental de la persona. Dado que tal trato constituye una violación del principio de igualdad (artículo 13 C.P)”. También, en Sentencia T-073 de 2002, esta Corporación conoció acerca de un asunto en el que La Previsora S.A. negó la expedición de un seguro de vida grupo a un concejal electo del municipio de Calamar (Guaviare), para el amparo de los riesgos por pérdida de la vida e incapacidad total o permanente, bajo el argumento de que había sobrepasado la edad límite de permanencia (75 años), pues contaba con 83 años. En esa oportunidad, consideró que la tutela era procedente para reclamar el otorgamiento de un seguro de vida, en el evento en que se planteara la vulneración a un derecho fundamental como la igualdad “al excluírsele como asegurado en razón de su edad”. Esto, por cuanto en ese preciso supuesto el conflicto “no se trata de la obtención de una prestación de carácter económico, pues el actor no reclama que se le pague suma de dinero alguno o que se cumpla una prestación económica”.

56 Sentencia T-094 de 2019.

57 Sentencia T-027 de 2022. En esta decisión, la Corte superó el estudio de subsidiariedad de la acción de tutela a partir del siguiente argumento relevante: “El asunto bajo examen trasciende la órbita económica e impacta los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional. La Sala constata que si bien la demanda de tutela de la

referencia contiene una pretensión económica encaminada a hacer efectiva la póliza del seguro de vida grupo deudores que amparaba el crédito hipotecario que la accionante adquirió con Bancolombia S.A., el asunto trasciende la órbita estrictamente económica, pues involucra los derechos a la vivienda, la vida digna, y el mínimo vital de un sujeto de especial protección constitucional que registra una considerable pérdida de su capacidad laboral y carece de suficientes recursos económicos" (resalto de la providencia original). En esta providencia, a pesar de que la Sala declaró la carencia actual de objeto por hecho superado y por hecho sobreviniente, con fundamento en lo dispuesto por el art. 24 del Decreto 2591 de 1991, previno a "Bancolombia S.A. y a Seguros de Vida Suramericana S.A. para que, en lo sucesivo, en estricto acatamiento de lo previsto en el artículo 3 de la Ley 1328 de 2009, (i) brinden a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, sobre sus obligaciones contractuales, y (ii) les ofrezcan alternativas orientadas a proteger sus derechos y satisfacer sus necesidades, en especial cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional". Según precisó la Corte, las citadas entidades "incumplieron sus deberes de debida diligencia e información en la ejecución del contrato de seguro de vida grupo deudores que amparaba el crédito hipotecario que la accionante adquirió con esa entidad bancaria en noviembre 2009 y, de esa manera, amenazaron sus derechos fundamentales a la vivienda, la vida digna y el mínimo vital de un sujeto de especial protección constitucional".

58 Sentencia T-490 de 2009.

59 Sentencia T-576 de 2015.

60 Sentencia T-094 de 2019.

61 Esta última circunstancia, por ejemplo, fue valorada en la Sentencia T-027 de 2022: "De otro lado, la Sala observa que el asunto debatido en la acción de tutela involucra el derecho a la vivienda de un sujeto de especial protección constitucional e impacta su derecho fundamental a la vida en condiciones dignas. Ello es así, en la medida en que la negativa de las entidades accionadas a hacer efectiva la póliza del seguro de vida grupo deudores puso a la accionante en riesgo de perder su vivienda, pues no contaba con recursos económicos suficientes para pagar el saldo de la deuda, que se encontraba en mora desde marzo de 2019, debido a su acreditada incapacidad para trabajar. En consecuencia, el inmueble en el

que actualmente reside con su familia pudo haber sido rematado en el marco del proceso ejecutivo hipotecario que Bancolombia S.A. promovió en su contra para obtener el pago del saldo insoluto de la deuda".

62 Al respecto, ver las sentencias T-591 de 2017 y T-660 de 2017. En particular, en la Sentencia T-316 de 2015 la Corte conoció acerca de solicitudes de tutela en las que compañías aseguradoras negaron el pago de los beneficios previstos por pólizas de seguros que amparaban los riesgos de muerte e invalidez total y parcial, con fundamento en que los accionantes presuntamente habían incurrido en reticencia al momento de la celebración de los contratos.

63 Sentencia T-658 de 2017.

64 Sentencia T-738 de 2011. En esa oportunidad, la Corte decidió un caso en el que una persona que estuvo vinculada al Ejército Nacional solicitó al Banco Santander Colombia S.A. un préstamo que dio lugar al desembolso de $21.500.000. El accionante señaló que al momento de la celebración del contrato informó al banco sobre su condición de salud (como consecuencia de haber sido herido en circunstancias del servicio) y la entidad bancaria le comunicó que "por el préstamo se tomaba una póliza de seguro que cubría los riesgos de invalidez y muerte". Con posterioridad a la celebración del contrato, fue dictaminado por la Junta Médico Laboral con una pérdida de pérdida de capacidad laboral del 75.08%. Por ello, el accionante solicitó la cobertura del riesgo de invalidez, la cual le fue negada por Mapfre Colombia Vida Seguros, por considerar que para el inicio de la vigencia de la póliza ya se había estructurado el estado de invalidez. En dicha ocasión, la Sala tuteló los derechos al debido proceso y a la vida digna del accionante y ordenó a la compañía aseguradora efectuar "el trámite necesario para pagar al Banco Santander Colombia S.A., como tomador y beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación adquirida por el accionante con dicho Banco". En ese sentido, ver las Sentencias T-136 de 2013, T-309A de 2013 y T-662 de 2013.

65 Reglas reiteradas en la Sentencia T-027 de 2022.

66 Acción de tutela, p. 61. Comprobante de nómina.

67 Ver, entre otras: Corte Constitucional; Sentencias T-094 de 2019 y T-027 de 2022.

68 Sentencia T-094 de 2019.

69 En Sentencia T-094 de 2019, esta Corte señaló que de acuerdo con el artículo 333 de la Constitución, el Estado tiene “la competencia de evitar todo abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional, de manera que se impiden tratamientos desiguales que supongan superioridad de unos frente a otros, máxime, en tratándose de actividades que gozan de la confianza pública por el tipo de servicio que prestan”.

70 Esto es así, pues, pese a que el seguro de vida “no tiene como finalidad […] proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona” (Sentencia T-591 de 2017), “algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros” (Sentencia T-094 de 2019).

71 Sentencia T-094 de 2019.

72 Ibid.

73 Esta disposición regula la protección de los consumidores financieros y se establecen los principios que rigen las relaciones entre estos y las entidades financieras o aseguradoras.

74 Dispuesto por el literal a) del artículo 3º de la Ley 1328 de 2009.

75 Dispuesto por el literal c) del artículo 3º de la Ley 1328 de 2009.

77 Sentencia T-027 de 2022.

78 Ibid.

79 Sentencia T-316 de 2015.

80 Ibid.

81 “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 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”. Sentencia T-316 de 2015.

82 Sentencia T-027 de 2022.

83 Sentencia T-277 de 2016, referida en la Sentencia T-027 de 2022.

84 Sentencia T-027 de 2022.

85 Sentencia T-049 de 2019.

86 Sentencia T-660 de 2017.

87 Sentencia T-591 de 2017.

88 Tabla contenida de manera textual en la Sentencia T-025 de 2024.

89 Al respecto, un sector de la jurisprudencia ha sostenido que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora no exige “el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cuál es el ‘estado del riesgo’ al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo”. Corte Suprema de Justicia, sentencia SC2803-2016 de 4 de marzo de 2016, radicación 05001-31-03-003-2008-00034-01, M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

90 Al respecto, ver: Corte Constitucional, sentencia T-058 de 2016 y T-660 de 2017.

91 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 26 de abril de 2007, expediente 11001-31-03-022-1997-04528-01, M.P. Manuel Isidro Ardila Velásquez. La Sala no desconoce que esta sentencia reitera la tesis del conocimiento presuntivo. Sin embargo, la ubica en esta postura debido a que (i) sostiene que la determinación del riesgo se debe hacer fundamentalmente con base en la declaración de asegurabilidad y (ii) admite que incluso en los casos en que “existe la posibilidad de que el estado del [riesgo] no concuerde con lo expresado en la declaración de [asegurabilidad] hay que reconocer que [realizar averiguaciones adicionales] no adviene obligatorio”. En el caso concreto, consideró que el tomador negó padecer de diabetes mellitus, pese a que el asegurador le preguntó por ello de forma expresa. En consecuencia, determinó que “por supuesto que si las solicitudes de

seguro indicaron que el estado de salud del asegurado era ‘normal’ y que no tenía ninguno de los padecimientos a que se refiere el sencillo cuestionario que aparece en los formularios pertinentes, el asegurador no tuvo cómo dudar de la veracidad de lo expresado en aquellos y mucho menos de la responsabilidad y solvencia de su signatario, por supuesto que entrar en sospechas, así las cosas, sería tanto como presumir la mala fe”.

92 En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que “la decisión de realizar un cuestionario sobre el estado de salud de la accionante, sin proceder con la práctica previa de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica de la condición del asegurado, se fundamentó en la atribución consagrada en el artículo 1158 del Código de Comercio, cuyo tenor normativo –como ya se explicó– permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida, en desarrollo del principio de autonomía de la voluntad privada, al entender que dicho negocio se fundamenta en los mandatos del principio de la buena fe (CP art. 83), lo que permite confiar en la sinceridad de la declaración del tomador sobre su estado del riesgo”.

93 Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

94 Además, encuentra fundamento en que (i) la compañía aseguradora es una profesional del ramo que, como tal, debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo y (ii) la realización de exámenes médicos o la revisión de la historia clínica del tomador, pese a no ser obligaciones legales, son actuaciones propias de un asegurador acucioso y diligente.

95 Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01, M.P. Martha Patricia Guzmán Álvarez.

96 Ib.

97 En esta providencia, la Sala de Casación Civil sostuvo que “si de la declaración de asegurabilidad suscrita por el tomador, en sí misma considerada, no se infería ningún motivo de sospecha de que la información en ella contenida no concordaba con la realidad, (…) mal podía, de un lado, imputarse negligencia a la aseguradora demandada por no haber constatado los datos allí suministrados; y, de otro, descartarse la nulidad relativa del contrato de seguro”. De manera que sugiere que, de existir motivos de sospecha, la aseguradora se

habría visto obligada a realizar averiguaciones adicionales.

98 En esta sentencia de tutela, la Sala de Casación Laboral estimó que era razonable la interpretación del Tribunal de instancia conforme a la cual “en lo atinente a las críticas de la recurrente por la omisión en los exámenes médicos y revisión de la historia clínica del asegurado, se tiene que en ello no asiste una obligación legal que releve de la fiel declaración de su estado de salud y si bien se invocan precedentes de la Corte Constitucional al respecto, deben ser examinados en su contexto, siendo que en el sub judice, ante las contundentes constancias en el aludido documento, que tal como afirmó el A quo, es claro y preciso, al respecto, no existía rastro alguno que permitiera el menor asomo de duda sobre alguna contingencia que alterara el riesgo”. De manera que sugiere que la razón por la cual la obligación de realizar averiguaciones adicionales no era exigible, es porque no había motivos de sospecha. En caso contrario dicha obligación habría sido exigible.

99 En esta providencia la Sala de Segunda declaró la improcedencia de la tutela. Sin embargo, sostuvo que para que el deber de realizar exámenes médicos al tomador “resulte exigible a las aseguradoras, es indispensable que en el cuestionario en el que se determinen las condiciones de asegurabilidad, el tomador manifieste en su declaración, ante una pregunta específica, que padece algún tipo de enfermedad (…). Por el contrario, si el tomador no suministra la información requerida en el cuestionario propuesto, es claro que la compañía de seguros está autorizada para calificar el estado del riesgo a partir de la declaración realizada, sin tener que realizar exámenes médicos o revisar la historia clínica, escenario en el cual, de presentarse una inexactitud frente a la realidad, se podría estar en presencia de una hipótesis de reticencia”.

100 Ib.

101 Corte Constitucional, sentencia T-379 de 2022.

102 Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015.

103 Corte Constitucional, sentencia T-658 de 2017.

104 Corte Suprema de Justicia, sentencia STL7955-2018 de 20 de junio de 2018, radicación 80083, M.P. Gerardo Botero Zuluaga y Corte Suprema de Justicia, sentencia STL3608-2019 de

27 de febrero de 2019, radicación 83059, M.P. Jorge Luis Quiroz Alemán.

105 En esta providencia la Sala Cuarta declaró improcedente la tutela. Sin embargo, consideró que corresponde a la aseguradora “corroborar lo declarado por el asegurado y cerciorarse que la condición informada sí corresponde a la realidad (…) este deber ‘no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías’ o con la simple imposición de un cuestionario predeterminado”.

106 Sentencia C-232 de 1997.

107 Sentencia T-316 de 2015.

108 Sentencia T-658 de 2017.

109 Sentencia T-316 de 2015.

111 Ibid.

112 Sentencia T-316 de 2015.

113 Sentencia T-658 de 2017.

114 Si bien esta Corporación ha admitido que las aseguradoras pueden disponer de un cuestionario, “el cual debe ser claro y carente de ambigüedades” (Sentencia T-591 de 2017), este mecanismo no es suficiente para acreditar que la compañía cumplió con su deber de diligencia en la investigación del estado del riesgo asegurado. Por ende, no es admisible que, con base en su simple diligenciamiento, la aseguradora alegue una conducta reticente para negar el pago de la póliza de seguro.

115 Sentencia T-751 de 2012.

116 Por ejemplo, para efectos de tomar un plan voluntario de salud, el artículo 2.2.4.5. del Decreto 780 de 2016 dispone: “Examen de ingreso. Para efectos de tomar un plan voluntario de salud la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes”.

117 La historia clínica “es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (artículo 34 de la Ley 23 de 1981), “en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención” (literal a) del artículo 1º de la Resolución 1995 de 1999).

118 Pese a que el Legislador no estableció el deber de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos a los asegurados, existen eventos en los cuales, de acuerdo con las circunstancias del caso, deben realizar el referido examen o, por lo menos, brindar a la posibilidad a los usuarios para que aporten constancia médica sobre su situación de salud, en tanto esta última es presupuesto indispensable para el otorgamiento del seguro de vida y la determinación de las condiciones de su expedición.

119 SentenciaT-591 de 2017.

120 Ibid.

121 Sentencia T-658 de 2017.

122 Sentencia T-316 de 2015.

123 Sentencia T-591 de 2017. Al respecto, en la Sentencia T-832 de 2010 esta Corte señaló que las compañías aseguradoras no pueden “omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud”. En estos eventos, “no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso [del asegurado] a la póliza de vida grupo de deudores”.

124 Sentencia T-658 de 2017.

125 Justamente, en atención a su posición dominante en el vínculo contractual y a que son “un indiscutido profesional”, debidamente autorizado por la ley para asumir riesgos, las aseguradoras asumen la condición de administradoras de los datos para determinar el estado del riesgo. De acuerdo con el artículo 15 de la Ley 1266 de 2008, estas tienen acceso a la información del usuario “como elemento de análisis para establecer y mantener una relación

contractual”, “para la evaluación de los riesgos derivados de una relación contractual vigente”, “para el adelantamiento de cualquier trámite ante una autoridad pública o persona privada, respecto del cual dicha información resulte pertinente” y “para cualquier otra finalidad, diferente de las anteriores, respecto de la cual y en forma general o para cada caso particular se haya obtenido autorización por parte del titular de la información”. En concordancia con lo anterior, de un lado, las compañías deben contar con condiciones técnicas para asegurar la seguridad y actualización de los registros de sus usuarios (numeral 3º del artículo 17 de la Ley 1266 de 2008) y, de otro, deben otorgar la posibilidad efectiva al asegurado para actualizar y rectificar la información relativa a las condiciones del riesgo (artículo 1º de la Ley 1266 de 2008) y garantizar, en todo momento, el pleno y efectivo ejercicio de su derecho a conocer la información que sobre él exista y solicitar la actualización o corrección de sus datos (numeral 1º del artículo 7º de la Ley 1266 de 2008).

126 Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Y Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

127 Corte Suprema de Justicia, sentencia SC167-2023 de 11 de julio de 2023, radicación 760013103017 2019 00025 01. Ver también: Corte Constitucional, sentencias T-832 de 2010, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-316 de 2015 y T-658 de 2017.

128 Corte Suprema de Justicia, sentencia SC3791-2021 de 1 de septiembre de 2021, radicación: 2000l-31-03-003-2009-00143-01.

129 Sentencia T-658 de 2017.

130 Sentencia T-591 de 2017.

131 Del mismo modo en que “si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo esto no informa al asegurador dicha condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato”, si el asegurador conoce un hecho anterior a la celebración o renovación del contrato de manera alguna le es dable oponerlo para negar el pago de la póliza. Ello resultaría contrario al actuar leal y correcto que emana de la buena fe que vincula a las partes en la ejecución del contrato. Lo anterior, sobre todo si se tiene en cuenta que existen eventos en los que el

tomador o asegurado se encuentra en imposibilidad de declarar con exactitud el estado del riesgo asegurado o prever el cambio en sus condiciones. Ello ocurre, por ejemplo, en los supuestos de enfermedades silenciosas o progresivas. En estos eventos, el actuar del asegurado no puede considerarse de mala fe, pues “sencillamente no tenía la posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir”. De allí que “es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo”. Sentencia T-591 de 2017.

132 Esto es así, pues las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo están sujetas a la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro, “salvo que […] dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad”. Sentencia T-591 de 2017.

133 Como lo precisa de manera acertada Posner, cuando no existe simultaneidad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales –condición característica de los contratos de seguro–, “surgen dos peligros” para el leal cumplimiento del contrato: “el oportunismo y las contingencias imprevistas”. Posner, Richard. El análisis económico del derecho. 2 Ed, en español. Fondo de Cultura Económica, 2007, p. 160.

134 Como lo precis