

T-402-15

Sentencia T-402/15

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Se predica tanto de tomador como de asegurador

En la medida en que la compañía aseguradora asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito para ampararlo y, para determinar la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador. El tomador a su vez, debe declarar la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud), que no puede traducirse en la imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de una interpretación carente de razonabilidad frente a las cláusulas generales y particulares del contrato que determinan la cobertura del seguro. En ocasiones incluso con la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, que vulneran la buena fe del tomador o del beneficiario.

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Procedencia para el pago de póliza cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional y los medios ordinarios no son idóneos

DERECHO A LA VIDA DIGNA Y AL MINIMO VITAL-Orden a Aseguradora pague saldo insoluto de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor

Referencia: Expediente T-4086970

Acción de tutela interpuesta por Germán Orozco Orjuela en contra de Allianz Seguros de Vida S.A.

Magistrada ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., treinta (30) de junio de dos mil quince (2015)

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados María

Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y previas al cumplimiento de los requisitos y trámites legales y reglamentarios, ha proferido la siguiente

## SENTENCIA

En el proceso de revisión de las sentencias proferidas, en primera instancia, por el Juzgado Veintiuno Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santiago de Cali el dos (2) de abril de dos mil trece (2013), y en segunda instancia, por el Juzgado Diecinueve Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Santiago de Cali el veintiuno (21) de mayo de dos mil trece (2013).[1]

### 1. ANTECEDENTES

El señor Germán Orozco Orjuela fue calificado con una pérdida de su capacidad laboral del (74.07%) con fecha de estructuración del cuatro (4) de julio de dos mil doce (2012).[2] Interpuso acción de tutela en contra de Allianz Seguros de Vida S.A., porque considera que esta entidad vulneró su derecho fundamental al mínimo vital, al objetar la reclamación de la póliza de vida grupo deudores suscrita por esa entidad con el Banco de Bogotá, argumentando que su pérdida de capacidad laboral tuvo origen en padecimientos sufridos antes de la suscripción del contrato.

A continuación se exponen los antecedentes de la demanda:

### HECHOS

1.1. El señor Germán Orozco Orjuela Tomó con el Banco de Bogotá el crédito a cuota fija N° 45651012138, por valor de diez millones de pesos (\$10.000.000). desembolsado el dieciocho (18) de junio de dos mil diez (2010).

1.3. El accionante tiene en la actualidad 55 años de edad[3] y narra que un tiempo después de tomar el crédito con el Banco de Bogotá, su salud se fue deteriorando, con ocasión de varios accidentes cerebro-vasculares que sufrió (isquemias), que finalmente, entre otras enfermedades, deterioraron su capacidad motriz hasta dejarlo inválido,

padeciendo también de insuficiencia renal crónica e hipertensión.

1.4. Establece que al momento de acceder al préstamo y recibir la cobertura del seguro, ninguna objeción se formuló por parte del banco o de la compañía aseguradora para la obtención del crédito y el amparo. Añade que en el momento de la adquisición del crédito, la compañía aseguradora no le solicitó realizarse ningún examen médico ni exigió aportar su hoja de vida y ni siquiera llevo a cabo un cuestionario, pese a que las condiciones particulares de cada póliza se elaboran de manera individual para cada asegurado y en todo caso considera que actuó de buena fe.

1.5. Dada su situación de salud, el veintiocho (28) de agosto de dos mil doce (2012) fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca mediante dictamen N° 20900812, con una pérdida de capacidad laboral del 74.07%, fundado en las enfermedades que padece: i) isquemias cerebrales transitorias y síndromes afines; ii) hipertensión esencial primaria; iii) enfermedad isquemia crónica del corazón -no especificada-; iv) e insuficiencia renal crónica -no especificada-, con fecha de estructuración de la invalidez del cuatro (4) de julio de dos mil doce (2012).

1.6. Con fundamento en este dictamen, el Banco de Bogotá, en calidad de tomador de la póliza de seguros de vida, solicitó a Allianz Seguros de Vida S.A., compañía líder en el coaseguro y por tal razón encargada de atender las reclamaciones correspondientes a la póliza expedida por seguros de vida Alfa S.A., la condonación del saldo de la deuda, por encontrarse el deudor en estado de incapacidad total o permanente.

1.7. Mediante oficio del veintiuno (21) de septiembre de dos mil doce (2012), la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. objetó la reclamación, manifestando que “una de las patologías motivo de la incapacidad [t]otal y [p]ermanente tiene origen en un hecho cierto al momento de suscribir el contrato de seguro, y no podía ser objeto de cobertura tal como lo establece la normatividad aplicable en materia de seguros. || [...] [s]e entiende por preexistencia ‘toda enfermedad, afección o malformación, accidente o evento que se inicie antes de la vigencia del contrato; incluyendo sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud del seguro’.[4] (subrayas en el texto original)

1.8. El actor precisa, que sus ingresos no alcanzan para cubrir las necesidades más

básicas de su familia compuesta por dos (2) hijos menores de edad,[5] y su esposa. Agrega que ésta nunca ha trabajado porque se ocupa de las labores domésticas y el cuidado de su familia.

1.9. Menciona que sus enfermedades no le permiten realizar algunas de las actividades esenciales de la vida, que debe recibir tratamiento de hemodiálisis tres (3) veces por semana,[6] y que por su delicado estado de salud no puede someterse al trámite de un proceso ordinario. Con base en estas consideraciones solicita la protección de su derecho al mínimo vital, por medio de una orden a la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A., para que haga efectiva la póliza de vida grupo deudores, y asuma la cancelación del saldo de su obligación con el Banco de Bogotá, porque de otra forma no podrá asumir la cuota fija, y su situación económica empeorará.

## 2. Respuesta de las entidades accionadas y vinculadas

El Juzgado Veintiuno Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Santiago de Cali, al que correspondió en reparto la acción de tutela en contra de Allianz Seguros de Vida S.A., la admitió y ordenó la vinculación al proceso de la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A. y del Banco de Bogotá, dándoles oportunidad para que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones de la acción de tutela.

2.1. Seguros de Vida Alfa S.A., contestó la acción. Solicitando que se negara la protección de los derechos del señor Germán Orozco Orjuela, porque la compañía no había vulnerado o amenazado derecho fundamental alguno al actor, y pidió que se declarara que la acción de tutela era improcedente.

En su escrito, Seguros de Vida Alfa S.A. informó que el actor adquirió dos productos con esa aseguradora, el primero de ellos es la póliza de vida grupo estudiantil mega futuro No. 0000303, la cual durante su vigencia no fue objeto de reclamación alguna.

El segundo, la póliza de vida grupo deudores No. 110900831, cuyo tomador es el Banco de Bogotá, en la que la aseguradora líder es Allianz Seguros de Vida S.A., razón por la cual esta entidad es la llamada a “atender el reclamo y demás actuaciones derivadas de esa póliza”,[7] y Seguros de Vida Alfa S.A. es coaseguradora en un cincuenta por ciento (50%).

Respecto de esta segunda póliza, la entidad vinculada señaló que el señor Germán Orozco Orjuela es asegurado por el “Crédito Cuota fija No. 45651012138 desembolsado el 18 de junio de 2010 por valor de [diez] millones, por el Banco de Bogotá”. [8]

Asimismo, informó que frente a esta póliza se presentaron dos reclamaciones. La primera de ellas fue el siniestro No. 8817431 del treinta y uno (31) de julio de dos mil doce (2012), en la que formulaba una reclamación con relación al amparo de enfermedades graves por falla renal crónica, reclamación que fue objetada “porque la enfermedad no cumple los criterios definidos en el amparo para su cobertura, tal y como se demuestra con la OBJECCIÓN de fecha 10/08/2012”. [9]

La segunda reclamación corresponde al siniestro No. 9684724 del dieciocho (18) de septiembre de dos mil doce (2012), en la que se solicitó afectar el amparo de incapacidad total y permanente. Este siniestro fue objetado “porque el evento generador de la ITP se relaciona con antecedentes de HTA, padecida antes de la suscripción del contrato, incumpliendo el requisito de amparo en el sentido de que tanto evento generador como incapacidad, deben presentarse dentro de la vigencia del contrato, tal como se demuestra con la OBJECCIÓN de fecha 21/09/2012”. [10]

En el caso concreto, señaló que la aseguradora objetó la reclamación, porque no existió “uno de los elementos esenciales del contrato de seguro [por lo que] no existía la obligación de pago, motivo por el cual dentro del término legal y contractual se le objetó la reclamación de manera seria y fundada.”

2.2. Allianz Seguros de Vida S.A. y el Banco de Bogotá no se pronunciaron sobre los hechos y pretensiones de la acción de tutela, pese haber sido vinculados al proceso.

### 3. Sentencia de primera instancia

Mediante sentencia del dos (2) de abril de dos mil trece (2013), el Juzgado Veintiuno Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Cali declaró la improcedencia de la acción de tutela, y ordenó la desvinculación del Banco de Bogotá y de la compañía Seguros de Vida Alfa S.A.

El juez de instancia consideró que “[d]e la observancia de los hechos y pruebas aportadas al

proceso, no se advierte que se hallen comprometidos derechos que tengan el carácter de fundamentales”.[11] Sostuvo además que la acción interpuesta por el señor Orozco Orjuela no cumple con el requisito de la inmediatez, porque el actor interpuso la acción de tutela luego de haber transcurrido más de seis (6) meses desde que la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca determinó su pérdida de capacidad laboral.

Finalmente, señaló que la tutela objeto de estudio hace referencia a una controversia de carácter contractual y que el ordenamiento jurídico colombiano establece acciones judiciales para resolver este tipo de litigios, razón por la cual concluyó que no se cumple con el requisito de la subsidiariedad.

#### 4. Impugnación del fallo de primera instancia

La sentencia del juez de primera instancia fue impugnada por el señor Germán Orozco Orjuela. En su escrito, el actor afirma que no tiene una fuente de ingresos para suplir sus necesidades ni las de su familia, razón por la cual su derecho al mínimo vital está siendo afectado. Asimismo, manifiesta que las acciones ordinarias no son efectivas para proteger sus derechos, porque sus “expectativas de vida no [l]e alcanzarán para conocer el fallo del juzgador”. [12] Por último, considera que su acción sí cumple con el requisito de la inmediatez, porque la interpuso dos meses después de que Allianz Seguros de Vida S.A. objetara la reclamación del Banco de Bogotá.

#### 5. Sentencia de segunda instancia

El Juzgado Diecinueve Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Cali confirmó el fallo de primera instancia mediante sentencia del veintiuno (21) de mayo de dos mil trece (2013), sostuvo que la controversia que planteaba la acción de tutela era de naturaleza contractual, y que ésta debía ser resuelta en el marco de un proceso ordinario.

### I. ACTUACIONES EN SEDE DE REVISIÓN

1.1 Mediante auto del veintidós (22) de enero de dos mil catorce (2014), el despacho de la magistrada ponente solicitó al Banco de Bogotá que aportara copia de la póliza seguro de vida grupo deudores No. 110900831 y sus anexos.

1.2 El treinta (30) de enero de dos mil catorce (2014) la Secretaría General de esta

Corporación informó que durante el término otorgado por la Sala de Revisión para el cumplimiento del auto no se recibió comunicación alguna.

1.3 Por lo anterior, mediante autos del treinta (30) de enero de dos mil catorce (2014) se solicitó a Allianz Seguros de Vida S.A. que aportara copia de la póliza seguro de vida grupo deudores No. 110900831, y se reiteró esa misma solicitud al Banco de Bogotá.

1.4 En respuesta a esta solicitud, Allianz Seguros de Vida S.A. aportó copia de los siguientes documentos:

- Póliza de Vida Grupo 110900831, con vigencia 1/07/2009 - 1/07/2010.[13]
- Carátula Póliza de Vida Grupo 110900831, con vigencia 1/07/2009 - 1/07/2010.[14]
- Condiciones particulares de renovación de la Póliza Vida Grupo 110900831, con vigencia 1/07/2009 - 1/07/2010.[15]
- Condiciones particulares de renovación de la Póliza de Vida Grupo 110900831, con vigencia 1/07/2012 - 1/07/2013.[16]

1.5 Igualmente, mediante oficio radicado en la Secretaría General de esta Corporación el veintiséis (26) de febrero de dos mil catorce (2014), el Banco de Bogotá aportó copia de las condiciones particulares de la póliza.[17]

1.6 Mediante auto del veintiocho (28) de febrero de dos mil catorce (2014), la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional ordenó a la Secretaría de esta Corporación que, teniendo en cuenta que la Aseguradora de Vida Alfa S.A., había sido desvinculada del proceso por el juez de primera instancia, pese a estar en coaseguro con Allianz Seguros de Vida S.A. se pusiera de nuevo en conocimiento de la compañía Seguros de Vida Alfa S.A. el contenido del expediente, para que se pronunciara sobre los hechos y pretensiones de la acción de tutela, y aportara las pruebas que considerara pertinentes. Asimismo, ordenó que se suspendieran los términos de este proceso.

1.7 Seguros de Vida Alfa S.A. presentó escrito en el que precisó que efectivamente es coaseguradora en dicha póliza en un cincuenta por ciento (50%), porcentaje que limita su

responsabilidad. Indicó que las reclamaciones sobre el particular conforme a las condiciones de dicho coaseguro debe atenderlas en su condición de líder del negocio Allianz S.A.

Respecto de las pretensiones de la acción de tutela, la compañía aseguradora señaló que el actor posee seguramente una pensión de invalidez, concluyendo que: “[...] sus ingresos son congruentes con lo que antes de la pensión por invalidez devengaba.[18] Asimismo, afirmó que sus actuaciones no han vulnerado o amenazado derecho fundamental alguno del señor Germán Orozco Orjuela, que sus reclamos fueron manejados en una forma acorde con las condiciones de la póliza “y dentro del marco normativo del contrato de seguro”[19].

En cuanto a los hechos del proceso, afirmó:

‘EKG con enfermedad isquémica en V4 V5 y V6 (lateral alta) Dx Cardiopatía isquémica con fecha 31/05/1997’.

[...]

Como se demuestra la insuficiencia renal fue secuela de la Hipertensión Arterial sufrida desde hace más de 15 años por el señor Orozco Orjuela”[20] (negritas y subrayas en texto original).

En concepto de la entidad vinculada, era claro que en este caso las enfermedades del accionante se presentaron antes de tomar el seguro, razones que constituyeron la fundamentación de la objeción al siniestro.[21]

Igualmente, con fundamento en la definición de riesgo establecida en el Código de Comercio, sostuvo que el riesgo debe ser un suceso incierto, condición que no se presentó en el caso objeto de estudio porque “cuando el actor ingresó a la póliza ya tenía una situación clínica compleja, [...]”.[22]

En el mismo sentido, con base en el artículo 1158 del Código de Comercio, indicó que es “potestativo el efectuar o no el examen médico”, y que lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio es una norma imperativa, en la cual se establece que el tomador esta obligado a declarar los hechos o circunstancia que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

Por otra parte, resaltó la naturaleza subsidiaria de la acción de tutela, y señaló que en la sentencia T-943 de 2005, la Corte consideró que la cancelación de un seguro de vida era una controversia que tenía otros mecanismos de defensa judicial. En el mismo sentido, señaló que la acción de tutela no es vía judicial apropiada para resolver este tipo de controversias, porque éstas requieren de “un proceso judicial con las oportunidades procesales probatorias, en donde se pueda discutir si el siniestro se presentó dentro o por fuera de la vigencia de la póliza, acorde con las pruebas técnicas que ello implica”. [23]

Adicionalmente, sostuvo que el reconocimiento de las pretensiones del actor desestimula el desarrollo empresarial, ya que “frente a ausencia de obligaciones o cargas económicas derivadas de un contrato comercial; se imponen obligaciones que no tiene fuente ni en la ley ni en [ese] contrato comercial”. [24]

Asimismo, consideró que en el caso objeto de estudio no existe un perjuicio irremediable, porque existe un sistema de seguridad social que le permite al actor contar con una pensión de invalidez.

Finalmente, señaló que la acción de tutela no es la vía para ordenar el reconocimiento de un pago económico, y que en el presente caso no se cumple con el requisito de inmediatez.

## II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

### 1. Competencia

### 2. Formulación del problema jurídico

Con fundamento en los antecedentes expuestos, la Sala de Revisión deberá resolver el siguiente problema jurídico:

¿Vulnera Allianz Seguros de Vida S.A. los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de uno de sus asegurados (Germán Orozco Orjuela), al objetar la reclamación de la póliza de vida grupo deudores suscrita por esa entidad con el Banco de Bogotá, en cuanto a la afectación del amparo de incapacidad total y permanente por enfermedad, argumentando que la invalidez del asegurado tuvo origen en padecimientos sufridos antes de la suscripción del contrato, sin tener en cuenta que la estructuración de la invalidez del asegurado ocurrió bajo la vigencia del contrato de seguro, y que el principio de buena fe

impide la exclusión del amparo de riesgos a partir de cláusulas ambiguas?

Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala de Revisión, i) se pronunciará sobre la procedencia de la acción de tutela en el caso objeto de estudio; ii) analizará los principales pronunciamientos de esta Corporación sobre controversias por el no pago de pólizas de seguros en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en situación de vulnerabilidad; y iii) aplicará la jurisprudencia citada en la solución del caso concreto.

3. Procedencia de la acción de tutela contra empresas particulares del sistema financiero y asegurador. Reiteración de jurisprudencia

Conforme el artículo 86 de la Constitución Política la acción de tutela procede, por regla general, contra las autoridades públicas que con su acción u omisión infringen o amenazan derechos fundamentales de una persona, y excepcionalmente, “contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de las cuales el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión, en los casos que establezca la ley”.

El Decreto 2591 de 1991 establece los casos a que hace mención la norma constitucional, y dispone en su artículo 42, que “[l]a acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos: [...] 9. Cuando la solicitud sea para tutelar la vida o la integridad de quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión respecto del particular contra el cual se interpuso la acción”.

La jurisprudencia constitucional ha precisado que la subordinación se refiere a una relación de índole jurídica, en la que una persona depende de otra, mientras que la indefensión hace referencia a la situación en la que una persona “ha sido puesta en una situación que la hace incapaz de repeler física o jurídicamente las agresiones de las cuales viene siendo objeto por parte de un particular, las cuales ponen en peligro sus derechos fundamentales. En otras palabras, no tiene posibilidades jurídicas ni fácticas para reaccionar defendiendo sus intereses. En cada caso, el juez debe realizar un análisis relacional con la finalidad de determinar el estado de indefensión en la que se encuentra la persona”. [25]

Con base en lo anterior, esta Corporación ha destacado la situación de indefensión en que

pueden encontrarse los ciudadanos frente al sistema financiero y asegurador, toda vez que dichas entidades gozan de una posición dominante en el mercado frente a los usuarios.[26]

Por ejemplo, en la sentencia T-662 de 2013,[27] La sala de revisión correspondiente indicó que las entidades aseguradoras ostentan una posición dominante frente a los tomadores de los seguros o los beneficiarios del mismo, en la medida en que con sus acciones y omisiones pueden desconocer o amenazar derechos fundamentales de las personas.[28]

En cuanto al requisito de subsidiariedad, esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que surjan con las compañías aseguradoras deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado el carácter contractual y económico de la controversia, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, resulta procedente el amparo constitucional.[29] Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría cabida la tutela, pues el conflicto se dirimiría ante la jurisdicción ordinaria, pero si tiene efectos sobre la vida o el mínimo vital de una persona, puede ser viable la acción de tutela para amparar tales derechos fundamentales, sobre todo si la persona está en una condición de salud que pone en peligro su vida y sus posibilidades de sobrevivir a un proceso ordinario son pocas, haciendo necesaria la intervención del juez constitucional.

Frente a las circunstancias del presente caso, es claro que el señor Germán Orozco Orjuela interpuso la acción de tutela para solicitar la protección de su derecho y el de su familia al mínimo vital, ya que es una persona con una pérdida de capacidad laboral del (74.07%), quien manifiesta que sus ingresos son muy escasos y apenas alcanzan para el sostenimiento de su familia, compuesta por su esposa y dos hijos menores. Establece que dadas sus circunstancias de invalidez la cancelación de la cuota de crédito amparado por la póliza de vida grupo deudores afecta directamente el derecho a la vida digna y al mínimo vital de una familia que ni siquiera cuenta con ingresos para suplir sus necesidades más esenciales, representadas en pago de vivienda, servicios públicos, alimentación, educación y salud.

La situación descrita lleva a concluir que aunque el actor puede acudir a la jurisdicción ordinaria para que se resuelva su pretensión, la protección que ese mecanismo le puede brindar a sus derechos fundamentales no sería oportuna y efectiva, teniendo en cuenta que está en riesgo cierto su derecho al mínimo vital, por lo que se requiere, de ser factible

conforme a los términos del contrato de seguro, adoptar medidas urgentes para evitar un perjuicio irremediable. Bajo estos supuestos la acción de tutela se torna procedente incluso como mecanismo definitivo de protección constitucional.

4. El principio constitucional de la buena fe y las exclusiones de amparo en los contratos de seguro. Reiteración de jurisprudencia

Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, por las normas de derecho comercial y civil que lo regulan y constituye una concreción del principio de la autonomía de la voluntad, de manera que prima en el negocio jurídico la intención de las partes.

Además, la Corporación ha sostenido que las aseguradoras no prestan un servicio público, reconociendo así el carácter comercial de sus actividades.

“Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”.[31]

Por lo tanto, es posible diferenciar entre dos clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo ramo, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, están

las condiciones particulares, que definen el alcance de los amparos frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para definir el alcance de la cobertura no basta remitirse a las condiciones generales de la póliza, sino que es necesario acudir además a las condiciones particulares contenidas en los anexos de las pólizas.

Ahora bien, desde una perspectiva constitucional, la Corte ha destacado diversos aspectos relevantes de este vínculo: de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de la buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro.

Para analizar el cumplimiento de esa condición no basta con referirse a las condiciones generales del contrato, sino que deben tomarse en cuenta aquellas particulares de cada negocio, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada en cada caso, y por medio de la cual se definen con precisión los términos de la relación.

De acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros y la interpretación de la Corte Suprema de Justicia, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el artículo 1058 del C. de Co., establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato.

Así, en la medida en que la compañía aseguradora asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito para ampararlo y, para determinar la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador.

El tomador a su vez, debe declarar la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud), que no puede traducirse en la imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de una interpretación carente de razonabilidad frente a las cláusulas generales y particulares del contrato que determinan la cobertura del seguro. En ocasiones incluso con la incorporación de textos de

excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, que vulneran la buena fe del tomador o del beneficiario.

En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado, por una parte, y la cobertura real del contrato, por otra.

5. Pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre conflictos por el no pago de pólizas de seguros en casos que envuelven la protección de derechos fundamentales de personas en situación de vulnerabilidad

En otras ocasiones, esta Corporación ha resuelto controversias con antecedentes fácticos similares a los del caso objeto de estudio.

En la sentencia T-832 de 2010[32] la Corte Constitucional estudió una acción interpuesta por una persona de cincuenta y cuatro (54) años de edad, que en mayo de dos mil nueve (2009) fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del (77.5%). Con fundamento en ese dictamen, la actora solicitó que se hiciera efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores que amparaba un crédito adquirido en diciembre de dos mil cinco (2005) con el banco tomador de dicha póliza. La compañía aseguradora objetó la reclamación, porque consideró que el evento generador de la pérdida de capacidad laboral total y permanente de la accionante no se llevó a cabo dentro de la vigencia de la póliza, ya que la enfermedad que causó la invalidez fue diagnosticada doce (12) años antes de que se le hubiera desembolsado el crédito.

La Corte consideró que la acción de tutela era un mecanismo judicial procedente para resolver la controversia que el caso planteaba, porque la actora se encontraba en situación de debilidad manifiesta y en estado de indefensión frente a las entidades accionadas. Respecto al fondo de la controversia, esta Corporación constató que al momento de la suscripción del crédito la compañía aseguradora no le practicó examen médico alguno a la asegurada, razón por la cual no se dejó constancia previa de las exclusiones y preexistencias del contrato. Con fundamento en este hecho, consideró que el argumento de la entidad accionada acerca de que la enfermedad que ocasionó la incapacidad total y permanente de la actora fue anterior a su ingreso como asegurada a la póliza de vida grupo deudores, vulneraba su derecho al debido proceso. Asimismo, consideró que la compañía

aseguradora violó el derecho a la vida digna de la actora, porque la no cancelación del saldo insoluto de la obligación acentuaba su situación de debilidad manifiesta.[33]

Posteriormente, en la sentencia T-751 de 2012[34] la Corte estudió dos acciones de tutela acumuladas, interpuestas por personas a quienes se les negó la cancelación de unas pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparaban sendas obligaciones crediticias.

En el primero de los procesos, la acción de tutela fue interpuesta por una docente que adquirió un crédito hipotecario en el año dos mil cuatro (2004), y que en marzo de dos mil diez (2010) fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del (91.15%) por padecer esquizofrenia y alteraciones emotivas. La compañía aseguradora se negó a hacer efectiva la póliza, porque en la historia clínica de la actora existía un diagnóstico de cáncer en febrero de dos mil (2000) que no fue reportado por ella en su declaración de asegurabilidad, omisión que calificó como una reticencia de la asegurada.

En el segundo proceso, la acción fue presentada por una persona que adquirió un crédito con una entidad bancaria en junio de dos mil ocho (2008), cuyo pago fue garantizado por una póliza de vida grupo deudores. En marzo de dos mil diez (2010), el asegurado fue calificado por una junta regional de calificación de invalidez con una pérdida de capacidad laboral del (85.50%). Sin embargo, cuando este solicitó que se hiciera efectiva la póliza de vida grupo deudores, la compañía aseguradora objetó el siniestro argumentando que en la declaración de asegurabilidad el actor había manifestado que no padecía enfermedad alguna, pero para ese momento ya se le había diagnosticado diabetes mellitus, pie diabético, hipertensión arterial y enfermedad coronaria.

En sus consideraciones, la Corte Constitucional centró su análisis en establecer si los actores habían faltado efectivamente a la verdad en sus declaraciones de asegurabilidad, o si las objeciones de las aseguradoras carecían de soporte fáctico, y por lo tanto, vulneraban los derechos al debido proceso y al mínimo vital de las accionantes. En ambos casos, la Corte concluyó que no estaba demostrada la reticencia de las accionantes, razón por la cual, y ante la necesidad de proteger los derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, ordenó a las compañías aseguradoras accionadas que hicieran efectivas las pólizas y cancelaran los saldos insolutos de las obligaciones amparadas.

A partir del recuento de las sentencias antes citadas, debe concluirse que la objeción a una solicitud de afectación del amparo por incapacidad total y permanente de una póliza de vida grupo deudores, bajo el argumento de que la incapacidad se originó en una enfermedad anterior a la vigencia del contrato de seguro, con fundamento en cláusulas genéricas y ambiguas que excluyen la cobertura de cualquier tipo de preexistencia, carece de fundamento. Adicionalmente, si el análisis del caso concreto lleva a concluir que la persona que interpone la acción se encuentra en situación de debilidad manifiesta, y que requiere una protección urgente para evitar la consumación de un perjuicio irremediable en su mínimo vital, la acción de tutela resulta ser el mecanismo judicial procedente para la protección de los derechos de los asegurados.

A continuación se analizará el caso objeto de estudio a la luz de las reglas antes descritas.

## 6. Caso objeto de estudio

El señor Germán Orozco Orjuela interpuso la acción de tutela objeto de estudio, porque considera que la decisión de Allianz Seguros de Vida S.A. de objetar la reclamación que presentó para con relación a la póliza de vida grupo deudores que garantiza la cancelación de su obligación con el Banco de Bogotá afecta sus derechos fundamentales. En concepto del actor, aunque padecía de hipertensión y otras dolencias antes de adquirir la calidad de asegurado, la enfermedad que causó su incapacidad total y permanente solo se presentó un tiempo después del desembolso del préstamo que le permitía recibir la cobertura del seguro, razón por la cual su incapacidad permanente era un riesgo amparado por la póliza.

Aunque Allianz Seguros de Vida S.A. no se pronunció durante el trámite de la acción de tutela, sin embargo en el expediente reposan las comunicaciones de la entidad accionada en las que objeta la reclamación,[35] las que fueron allegadas por la aseguradora Alfa S.A., que hace parte del coaseguro.

La primera de estas comunicaciones data del diez (10) de agosto de dos mil doce (2012), y responde a una reclamación de afectación de la póliza por haber acaecido el riesgo de enfermedad grave sobre el señor Germán Orozco Orjuela, concretamente, por haber sido diagnosticado con insuficiencia renal crónica, En su respuesta, Allianz Seguros de Vida S.A.

manifiesta que el “el señor Germán Orozco Orjuela, no puede acceder a la indemnización reclamada, dado que en la historia clínica remitida no evidencia que se encuentre en diálisis o le hayan realizado el trasplante renal, tal como se establece en la definición para el cubrimiento por el amparo de Enfermedades Graves, solo sugiere controles de los factores de riesgo y consulta con nefrología mensual.”[36]

La segunda comunicación tiene fecha del veintiuno (21) de septiembre de dos mil doce (2012), y en esta la compañía accionada objeta la reclamación de indemnización por la incapacidad total y permanente del señor Germán Orozco Orjuela. Para fundamentar su decisión, Allianz Seguros de Vida S.A. manifestó que en las condiciones particulares de la póliza de vida grupo deudores suscrita con el Banco de Bogotá se estipuló que se amparaba la incapacidad total y permanente, “cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo”. [37] Adicionalmente, sostuvo que preexistencia es “toda enfermedad, afección o malformación, accidente o evento que se inicie antes de la vigencia del contrato, incluyendo sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud de seguro”. [38] Con fundamento en la cláusula y en la definición de preexistencia citadas, Allianz Seguros de Vida S.A. concluyó que “no proced[ía] es[a] reclamación, dado que unas de las patologías motivo de la Incapacidad Total y Permanente, fueron dadas antes de ingresar a la póliza de seguro objeto de la presente solicitud, incumpliendo así las condiciones para acceder a la indemnización”. [39]

Finalmente, mediante oficio del cuatro (4) de enero de dos mil trece (2013), Allianz Seguros de Vida S.A. reitera su posición de objetar la reclamación de afectación de la póliza por el amparo de incapacidad total y permanente, porque en su concepto la invalidez del actor tuvo origen “en eventos preexistentes y ciertos al momento de ingresar al contrato de seguro, patologías de base y sus derivadas que no podían ser objeto de cobertura tal como lo establece la normativa aplicable en materia de seguros”. [40]

Por su parte, Seguros de Vida Alfa S.A., en su calidad de coasegurador, presentó un informe en el que sostuvo que no se vulneraron los derechos fundamentales del actor, ya que los reclamos fueron manejados en una forma acorde con las condiciones de la póliza “y dentro del marco normativo del contrato de seguro”. [41] Asimismo, señaló que en este caso no

existió un riesgo amparable, ya que este no era incierto al momento en que inició la vigencia del amparo individual, porque “cuando el actor ingresó a la póliza ya tenía una situación clínica compleja, que determinaba un siniestro, no un riesgo”. [42] Finalmente, con base en el artículo 1158 del Código de Comercio, [43] indicó que es “potestativo el efectuar o no el examen médico”, y que lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio [44] es una norma imperativa.

La Sala de Revisión considera que la controversia del caso objeto de estudio está en definir si la interpretación realizada por Allianz Seguros de Vida S.A. a propósito de las condiciones de la póliza de vida grupo deudores, en las que se establece el alcance del amparo por incapacidad total y permanente, vulnera los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital del señor Germán Orozco Orjuela.

Con este fin, se remite al texto contenido en las condiciones particulares de la póliza vigentes al momento de la estructuración de la pérdida de capacidad laboral del señor Germán Orozco Orjuela, esto es, el cuatro (04) de julio de dos mil doce (2012), en donde se lee:

“Amparos

De acuerdo con la solicitud del Tomador los amparos otorgados por las Compañías Aseguradoras serán los indicados a continuación y brindarán cobertura siempre que el siniestro así como el hecho que lo genera se originen dentro de la vigencia del amparo individual. [...]”

Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente

Para todos los efectos de este amparo se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado con edad igual o inferior a 70 años de edad, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha haya existido por un período continuo no menor a 120 días. El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.” [45]

(negritas en texto original).

Para esta Sala de Revisión, las cláusulas citadas son claras en establecer el amparo a la incapacidad total y permanente de un asegurado “que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de [esa] póliza”.[46] Por lo tanto, si se aplica la definición contractual de incapacidad total y permanente a la situación del señor Germán Orozco Orjuela, debe concluirse, en principio, que la pérdida de capacidad laboral del actor sí está amparada por la compañía accionada, ya que esta se estructuró, o se ocasionó, el cuatro (04) de julio de dos mil doce (2012), como puede leerse claramente en el dictamen de pérdida de capacidad laboral correspondiente, es decir, bajo la vigencia de la póliza.[47]

Sin embargo, Allianz Seguros de Vida S.A. considera que ese riesgo no estaba amparado, porque el hecho que lo generó no se originó dentro de la vigencia de la póliza. Esta interpretación la fundamenta en la cláusula de la póliza según la cual los amparos serán cubiertos “siempre que el siniestro así como el hecho que lo genera se originen dentro de la vigencia del amparo individual”.[48] Por lo tanto, debe establecerse si la objeción está acorde con lo pactado.

La cláusula objeto de análisis señala que el hecho que genera un siniestro debe haberse originado dentro de la vigencia del amparo individual. Esta condición, según el alcance que le da Allianz Seguros de Vida S.A., implica establecer qué circunstancia generó la pérdida de capacidad laboral, con el fin de constatar si ocurrió en vigencia del amparo individual.

Seguros Alfa S.A. en su respuesta a la tutela[49] afirmó que el actor posee una pensión de invalidez, pero no lo probó; concluye que debido a ello sus ingresos eran congruentes con lo que antes devengaba como trabajador y, que la actuación de las aseguradoras no desconoce derecho fundamental alguno ya que la enfermedad padecida por el Señor Orozco Orjuela se presentaba “[...] desde antes de acceder a la póliza enfermedad tipo hipertensión arterial con infarto del miocardio tal como se evidencia en el dicta, en proferido por la JUNTA REGIONAL DEL VALLE DEL CAUCA del 2 de agosto de 2012...” (Mayúsculas, negritas y subrayas en el texto).

Además concluye la compañía que la hipertensión que el señor Orozco padecía antes de ser beneficiario de la póliza fue la causante de su problema renal grave, pero sin fundamento médico para probar tal conclusión.

Igualmente se señaló en la respuesta que en los términos del artículo 1158 del Código del Comercio, es potestativo efectuar o no el examen médico, y que lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio es de carácter imperativo.

No obstante, este último texto normativo establece que el “tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo”, pero dicha declaración, según la misma disposición, “se lleva a cabo conforme al cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Sin embargo en esta ocasión al asegurado no se le realizó examen médico alguno ni se le solicitó responder un cuestionario.

Seguros de Vida Alfa S.A. también manifestó que con relación a la póliza de vida grupo deudores No. 110900831 se presentaron dos reclamaciones:

“[...] Siniestro No. 8817431

Avisado a ALLIANZ el 31/07/2012, Objetado el 10/08/2012, solicitando afectar el amparo de Enfermedades Graves por Falla Renal Crónica.

El siniestro se objetó porque la enfermedad no cumple los criterios definidos en el amparo para su cobertura, tal y como se demuestra con la OBJECCIÓN de fecha 10/08/2012...

[...] Siniestro No. 9684724

Avisado a ALLIANZ el 18/09/2012, objetado el 21/09/2012, solicitando afectar el amparo de incapacidad Total y Permanente.

El siniestro se objetó porque el evento generador de la ITP se relaciona con antecedentes de HTA, padecida antes de la suscripción del contrato, incumpliendo el requisito de amparo en el sentido de que tanto el evento generador como la incapacidad deben presentarse dentro de la vigencia del contrato, tal y como se demuestra con la OBJECCIÓN de fecha 21/09/2012.

Posteriormente se ratificó objeción según anexo adjunto.

[...] Como sea la aseguradora líder es ALLIANZ la llamada a atender el reclamo y demás actuaciones derivadas de esa póliza, ese es el motivo por el cual la acción está dirigida contra esa aseguradora. SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., sólo participa de su responsabilidad en el 50% de coaseguro pactado, por virtud de la póliza GRD 440”[50].

En este caso, todas las circunstancias que llevaron a la presentación de las diferentes objeciones a la reclamación, se fundamentaron en que esta se generó en una enfermedad anterior a la vigencia del contrato de seguro.

Por lo anterior, y siguiendo la jurisprudencia de esta Corporación mencionada en el numeral 5 de las consideraciones que sirven de fundamento a este fallo, debe concluirse que Allianz Seguros de Vida S.A. vulneró el derecho al debido proceso del señor Germán Orozco Orjuela, porque objetó la reclamación de la indemnización por la incapacidad total y permanente del asegurado, argumentando que esta se generó en una enfermedad anterior a la vigencia del contrato, con base en una cláusula genérica, sin que se hubieran efectuado al accionante exámenes médicos previos para establecer su verdadero estado de salud al momento de recibir la cobertura de la póliza.

Respecto de este último aspecto, debe tenerse en cuenta que Seguros de Vida Alfa S.A. argumentó, con base en el artículo 1158 del Código de Comercio,[51] que la práctica de exámenes médicos es potestativa y que no excluye a los asegurados del deber de declarar el estado del riesgo.[52] Sin embargo, esta afirmación no tuvo en cuenta que en las condiciones particulares de la póliza de vida grupo deudores vigentes al momento de la estructuración de la invalidez del señor Orozco Orjuela se establece un amparo automático y se excluye al asegurado del deber de declarar su estado de salud, en los siguientes términos:

“AMPARO AUTOMÁTICO.

a) Para edades hasta 57 años de edad más 364 días.

El amparo bajo la presente póliza para las diferentes líneas de crédito hasta doscientos

millones de pesos (\$200.000.000) sumando uno o varios créditos, y personas hasta 57 años de edad más 364 días será automático sin ningún requisito de asegurabilidad.”[53] (negrillas fuera de texto).

Según esta cláusula, los créditos otorgados a personas hasta de cincuenta y siete (57) años de edad, por valores inferiores a doscientos millones de pesos (\$200.000.000), no estaban sujetos a requisito de asegurabilidad alguno. Por lo tanto, el señor Germán Orozco Orjuela tenía derecho a que se le amparara su incapacidad total y permanente sin que se le exigieran requisitos de asegurabilidad como una declaración sobre el estado del riesgo o la ausencia de preexistencias, porque al momento de estructurarse su invalidez el cuatro (4) de julio de dos mil doce (2012) tenía cincuenta y tres (53) años de edad,[54] y su crédito ascendía a diez millones de pesos (\$10.000.000).

Es más, si en gracia de discusión se llegara a aceptar que el asegurado incurrió en una omisión respecto de la declaración del estado del riesgo amparado, este hecho no podría tener las consecuencias señaladas por Seguros de Vida Alfa S.A., porque en las condiciones particulares de la póliza vigente al momento en que se estructuró la pérdida de capacidad del señor Germán Orozco Orjuela se excluyeron explícitamente las consecuencias establecidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.[55] En efecto, en las condiciones particulares de la póliza se estipuló:

#### “ERRORES U OMISIONES NO INTENCIONALES

Si el Tomador incurriese en errores, omisiones e inexactitudes imputables a él, el contrato no será nulo ni habrá lugar a la aplicación del inciso tercero (3) del artículo 1058 del Código de Comercio sobre reducción porcentual de la prestación asegurada. En este caso, se liquidará la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.”[56]

Como se ve, en este caso en particular el argumento de la compañía coaseguradora para objetar el pago de la indemnización es incluso contrario a las condiciones contractuales estipuladas en la póliza de vida grupo deudores, porque con este se busca excluir el amparo de un riesgo que fue asumido sin condicionamientos y en forma automática, contradicción que ratifica la vulneración al debido proceso del actor por parte de las compañías aseguradoras.

Por otra parte, debe indicarse que la objeción de Allianz Seguros de Vida S.A. al pago de la indemnización por la incapacidad total y permanente del señor Germán Orozco Orjuela se fundamenta en una definición, según la cual, preexistencia es “toda enfermedad, afección o malformación, accidente o evento que se inicie antes de la vigencia del contrato, incluyendo sus complicaciones recidivas o secuelas, aunque estas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato y hayan sido declaradas o no en la solicitud de seguro”. [57]

Al respecto, debe precisarse que en la póliza de vida grupo deudores suscrita entre el Banco de Bogotá y Allianz Seguros de Vida S.A. no se estipuló cláusula alguna en la que se excluyan las preexistencias de la cobertura del contrato. Además la definición citada no hace parte del contenido de la póliza o de sus anexos. Estas circunstancias llevan a la Sala de Revisión a concluir que la objeción a la reclamación presentada por Allianz Seguros de Vida S.A., vulneró la buena fe del señor Germán Orozco Orjuela, porque con esta la entidad accionada pretendió limitar el alcance del riesgo por ella asumido a partir de una información que no estaba disponible en el contrato.

En resumen, Allianz Seguros de Vida S.A. en coaseguro con Seguros de Vida Alfa S.A., vulneraron el derecho al debido proceso del señor Germán Orozco Orjuela, porque la pérdida de capacidad laboral del actor se estructuró en vigencia de la póliza, y aunque la entidad accionada argumenta que esta se ocasionó por enfermedades padecidas por el actor antes de esa fecha, esta posición la fundamentó en una cláusula que no permite tal exclusión y por el contrario el contrato de seguro contiene estipulaciones con base en las cuales puede afirmarse que el riesgo estaba cubierto.

Adicionalmente, la objeción a la reclamación del señor Germán Orozco Orjuela, a propósito de hacer efectivo el amparo de incapacidad total y permanente de la póliza de vida grupo deudores, vulnera su derecho y el de su familia al mínimo vital, porque es una persona que perdió el 74.07% de su capacidad laboral, que manifiesta que no cuenta con una fuente de ingresos, y de quien dependen dos hijos menores de edad, [58] condiciones de las que se puede concluir que se trata de una persona en situación de vulnerabilidad extrema, a quien se le deben proteger sus derechos fundamentales en forma inmediata para evitar la consumación de un perjuicio irremediable.

Con fundamento en los argumentos expuestos en la parte resolutive de esta sentencia, se revocará la sentencia proferida por el Juzgado Veintiuno Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Cali, el dos (2) de abril de dos mil trece (2013), en la que se negó por improcedente la tutela, y la sentencia proferida por el Juzgado Diecinueve Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Cali, el veintiuno (21) de mayo de dos mil trece (2013), que confirmó en todas sus partes la anterior y, en su lugar, se tutelarán los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital del señor Germán Orozco Orjuela, y se ordenará a Allianz Seguros de Vida S.A., si aún no lo ha hecho, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del fallo haga efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores suscrita con el Banco de Bogotá por la incapacidad total y permanente del actor, y cancele el saldo insoluto del crédito por él adquirido a cuatro (4) de julio de dos mil doce (2012), fecha en la que se fijó la estructuración de la invalidez. Si tal saldo ya hubiese sido cancelado por el actor, como deudor del crédito, esta suma deberá reembolsarse por la compañía aseguradora líder dentro del plazo indicado.

#### IV. DECISIÓN

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

#### RESUELVE:

Primero.- LEVANTAR la suspensión de términos del presente proceso, decretada mediante auto del veintiocho (28) de febrero de dos mil catorce (2014).

Segundo.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Veintiuno Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Cali, el dos (2) de abril de dos mil trece (2013), en la que se negó por improcedente la tutela, y la sentencia proferida por el Juzgado Diecinueve Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Cali, el veintiuno (21) de mayo de dos mil trece (2013), que confirmó en todas sus partes la anterior y, en su lugar, TUTELAR los derechos al debido proceso y al mínimo vital, del señor Germán Orozco Orjuela.

Cuarto.- Por Secretaría General de la Corte, LÍBRENSE las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

Con salvamento de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] El expediente de la referencia fue escogido para revisión por medio del auto del diecisiete (17) de octubre de dos mil trece (2013), proferido por la Sala de Selección Número Diez.

[2] Como documento anexo al escrito de tutela, el señor Germán Orozco Orjuela aportó copia del dictamen de calificación de su pérdida de capacidad laboral practicado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca, en el que se establece que el actor perdió el 74.07% de su capacidad laboral, con fecha de estructuración del 4 de julio de 2012 (folios 22 al 26 del cuaderno principal).

[3] Como documento anexo a la tutela, el señor Germán Orozco Orjuela aportó una copia de su cédula de ciudadanía, documento en el que consta que el actor nació el doce (12) de agosto de mil novecientos cincuenta y nueve (1959). (Folio 70 del cuaderno principal. En adelante, cuando se haga referencia a un folio, debe entenderse que hace parte del cuaderno principal, a menos que expresamente se diga otra cosa).

[4] Folio 30.

[5] El señor Germán Orozco Orjuela aportó copia de las tarjetas de identidad de sus hijos Germán y Juan David Orozco Jiménez, documentos en los que consta que nacieron el trece (13) de mayo de dos mil (2000) y el nueve (9) de septiembre de dos mil cuatro (2004), respectivamente. Folios 72 y 73.

[6] Mediante certificación del quince (15) de enero de dos mil trece (2013), el médico Jorge E. Medina, especialista en medicina interna, certificó que el señor Germán Orozco es paciente de la unidad renal de la Fundación Esensa, con diagnóstico de “Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal Crónica Avanzada (Falla renal, ERC estadio 5) [.] El (la) paciente asiste 3 veces por semana al programa de Hemodiálisis en el horario de 11:00 PM (sic) a 4:00 PM. El (la) paciente requiere de este tratamiento, de forma indefinida y consecutiva para preservar su vida y calidad de vida” (folio 35).

[7] Folio 85.

[8] Folio 84.

[9] Folio 84.

[10] Folio 84.

[11] Folio 138.

[12] Folio 168.

[13] Folio 21 del cuaderno de revisión.

[14] Folio 22 del cuaderno de revisión.

[15] Folios 23 al 30 del cuaderno de revisión.

[16] Folios 31 al 38 del cuaderno de revisión.

[18] Folio 67 del cuaderno de revisión. Sin embargo, no probó su afirmación.

[19] Folio 69 del cuaderno de revisión.

[20] Folio 70 del cuaderno de revisión.

[21] Folio 71 del cuaderno de revisión.

[22] Folio 73 del cuaderno de revisión.

[23] Folio 78 del cuaderno de revisión.

[24] Folio 75 del cuaderno de revisión.

[25] Sentencia T-1040 de 2006 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto).

[26] La Ley 45 de 1990, “por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones”, establece: “Artículo 90. Instituciones financieras. Para los efectos de la presente ley se entiende por instituciones financieras las entidades sometidas al control y vigilancia de la Superintendencia Bancaria, con excepción de los intermediarios de seguros, a quienes se aplicarán las reglas previstas en los artículos 23, 28, 73, 74 y 75 de ésta ley.” Por otra parte, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto Ley 669 de 1993) establece en su artículo 1º: “Estructura general. El Sistema financiero y asegurador se encuentra conformado de la siguiente manera: [...] d) Entidades aseguradoras; [...]” Y en su artículo 38: “Aspectos generales. || 1. Principios orientadores. El presente Estatuto establece las directrices generales para la actividad aseguradora en Colombia, la cual se encuentra sujeta a supervisión estatal, ejercida por la Superintendencia Bancaria; procura tutelar los derechos de los tomadores, de los asegurados y crear condiciones apropiadas para el desarrollo del mercado asegurador, así como una competencia sana de las instituciones que participan en él.”

[27] MP. Luis Ernesto Vargas Silva. En esa oportunidad se estudió una acción de tutela interpuesta por una persona de 62 años de edad, que había suscrito una póliza de seguro de vida grupo deudores para garantizar un crédito hipotecario que había adquirido. En el año 2006 la actora sufrió un infarto agudo al miocardio, y en mayo de 2012 fue calificada por una Junta Regional de Calificación de Invalidez con una pérdida de capacidad laboral del 80.93%, dictamen en el que se estableció como fecha de estructuración el día en que la actora sufrió el infarto. Con fundamento en ese dictamen reclamó el amparo por incapacidad total y permanente, pero la compañía aseguradora objetó la reclamación argumentando que las acciones derivadas del contrato de seguro habían prescrito. La Corte

Constitucional consideró que la acción de tutela era procedente para resolver esa controversia, por la condición de sujeto de especial protección constitucional de la actora, derivada de su pérdida de capacidad laboral y de su falta de recursos para sufragar los gastos del crédito y del proceso ordinario, lo que hacía desproporcionado asignarle la carga de acudir a un proceso ordinario.

[28] Ver también, entre otras, las sentencias T-152 de 2006 (MP. Rodrigo Escobar Gil), T-490 de 2009 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo).

[29] Sentencias T-118 de 2000 (M.P. José Gregorio Hernández Galindo) y T-152 de 2006 (M.P. Rodrigo Escobar Gil).

[30] Código de Comercio. “Artículo 1047. CONDICIONES DE LA PÓLIZA. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

- 1) La razón o denominación social del asegurador;
- 2) El nombre del tomador;
- 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;
- 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;
- 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;
- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- 7) La suma aseguradora o el modo de precizarla;
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y

11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

PARÁGRAFO. En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”.

[31] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria. Sentencia del dos (02) de mayo de dos mil (2000). Expediente No. 6291. MP. Jorge Santos Ballesteros. Esta posición ha sido reiterada por la Sala de Casación Penal, en sentencia del treinta (30) de enero de dos mil trece (2013), expediente 35594, MP. Luis Guillermo Salazar Otero; y por la Sala de Casación Civil en sentencia del tres (03) de marzo de dos mil quince (2015), expediente 0253, MP Jesús Vall de Rutén Ruiz.

[32] MP. Nilson Pinilla Pinilla.

[33] Los argumentos expuestos en la sentencia T-832 de 2010, fueron reiterados recientemente en la sentencia T-342 de 2013 (MP. Nilson Pinilla Pinilla).

[34] MP. María Victoria Calle Correa.

[35] Folios 27 al 34.

[36] Folios 27 y 28.

[37] Folio 30.

[38] Folio 30.

[40] Folio 33.

[41] Folio 69 del cuaderno de revisión.

[42] Folio 73 del cuaderno de revisión.

[43] Código de Comercio. Artículo 1158. “Prescendencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no

podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

[44] Código de Comercio. Artículo 1058. “Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. || Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. || Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. || Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

[45] Condiciones particulares de renovación de la póliza de seguro vida grupo deudores suscrita entre Allianz Seguros de Vida S.A. y el Banco de Bogotá, vigentes entre el primero (1°) de julio de dos mil doce (2012) y el primero (1°) de julio de dos mil trece (2013). (Folios 96 al 111. Los apartes citados se encuentran específicamente en el folio 97). Por su parte, en las condiciones particulares de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores con vigencia del primero (1) de julio de dos mil nueve (2009) al primero (1) de julio de dos mil diez (2010), se estipuló: “AMPAROS. || De acuerdo con la solicitud del Tomador los amparos otorgados por las Compañías Aseguradoras serán los indicados a continuación y brindarán cobertura siempre que el siniestro así como el hecho que lo genera se originen dentro de la vigencia del amparo individual. || [...] Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente. || Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado con edad igual o inferior a 70 años de edad, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones

funciónale (sic) incurables causada por enfermedad o accidente, que de por vida impidan a la persona desempeñar su actividad u oficio, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado”.

(Folios 31 - 38, del cuaderno de revisión. Los apartes citados se encuentran específicamente en el reverso del folio 31).

[46] Condiciones particulares de renovación de la póliza de seguro vida grupo deudores suscrita entre Allianz Seguros de Vida S.A. y el Banco de Bogotá, vigentes entre el primero (1º) de julio de dos mil doce (2012) y el primero (1º) de julio de dos mil trece (2013).

(Folios 96 al 111. El aparte citado se encuentra específicamente en el folio 97).

[47] Dictamen sobre la calificación de la pérdida de la capacidad laboral del señor Germán Orozco Orjuela, proferido por la Junta Regional de Calificación del Valle del Cauca (folios 118 al 122).

[48] Condiciones particulares de renovación de la póliza de seguro vida grupo deudores suscrita entre Allianz Seguros de Vida S.A. en coaseguro con seguros de vida Alfa S.A. y el Banco de Bogotá, vigentes entre el primero (1º) de julio de dos mil doce (2012) y el primero (1º) de julio de dos mil trece (2013). (Folios 96 - 111. El aparte citado se encuentra específicamente en el folio 97).

[49] La respuesta obra a folios 83 al 92.

[50] Folios 84 y 85.

[51] Código de Comercio. Artículo 1158. “Prescendencia de examen médico y declaración del estado del riesgo. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

[52] Código de Comercio. Artículo 1058. “Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a

estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. || Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. || Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. || Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

[53] Condiciones particulares de renovación de la póliza de seguro vida grupo deudores suscrita entre Allianz Seguros de Vida S.A. y el Banco de Bogotá, vigentes entre el primero (1º) de julio de dos mil doce (2012) y el primero (1º) de julio de dos mil trece (2013). (Folios 96 al 111. El aparte citado se encuentra específicamente en el folio 101). En las condiciones particulares de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores con vigencia del 1º de julio de 2009 al 1º de julio de 2010, se estipuló: “7. AMPARO AUTOMÁTICO. || a) Para edades hasta 55 años. || El amparo bajo la presente póliza para de (sic) las diferentes líneas de crédito hasta \$100.000.000 sumando uno o varios créditos, y personas hasta 55 años de edad será automático sin ningún requisito de asegurabilidad.” (folios 31 al 38, del cuaderno de revisión. El aparte citado se encuentra específicamente en el folio 32).

[54] Como documento anexo a la tutela, el señor Germán Orozco Orjuela aportó una copia de su cédula de ciudadanía, documento en el que consta que el actor nació el 12 de agosto de 1959 (folio 70).

[55] Código de Comercio. Artículo 1058. “Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. || Si la

declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. || Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. || Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

[56] Condiciones particulares de renovación de la póliza de seguro vida grupo deudores suscrita entre Allianz Seguros de Vida S.A. y el Banco de Bogotá, vigentes entre el primero (1º) de julio de dos mil doce (2012) y el primero (1º) de julio de dos mil trece (2013). (Folios 22 al 30, del cuaderno de revisión. El aparte citado se encuentra específicamente en el reverso del folio 29).

[57] Folio 30.

[58] Se aportaron fotocopias de las tarjetas de identidad de los menores Juan David y Germán Orozco Jiménez, documentos en los que constan que nacieron el nueve (9) de septiembre de dos mil cuatro (2004) y el trece (13) de mayo de dos mil diez (2010), respectivamente (folios 72 y 73).

[59] Esta orden ha sido adoptada por la Corte, entre otras, en las sentencias T-490 de 2009 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva), T-832 de 2010 (MP. Nilson Pinilla Pinilla), T-738 de 2011 (MP. Mauricio González Cuervo) y T-662 de 2013 (MP. Luis Ernesto Vargas Silva).