

Sentencia T-591/17

LEGITIMACION POR ACTIVA EN TUTELA-Formas previstas por ordenamiento jurídico

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

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia excepcional cuando el margen de desigualdad existente entre las partes es tal que establece una situación de indefensión

Debido a la existencia de otros medios ordinarios de defensa judicial, por regla general, la acción de tutela resulta improcedente en el marco de un contrato de seguros. Sin embargo, cuando se acuda a la acción de tutela alegando la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, el juez constitucional deberá considerar la idoneidad y eficacia de tales mecanismos judiciales. En cada caso concreto se debe analizar si la queja o la demanda ante la Superintendencia financiera satisfacen la protección efectiva e idónea de los derechos fundamentales de una persona de especial protección constitucional cuyo mínimo vital y, por ende, su dignidad humana se ve amenazada. Teniendo en cuenta que, primero, en el caso de las quejas el resultado no es de carácter definitivo, no existe un término perentorio para resolverse y que, incluso, la misma Superintendencia reconoce que este no es el mecanismo idóneo para resolver conflictos de esta naturaleza. Y, segundo, que el proceso jurisdiccional que puede adelantarse ante esta entidad, comprende los mismos términos y etapas procesales que se manejan en el proceso ordinario. Siguiendo esta línea, se recuerda que un contrato de seguros puede celebrarse entre personas jurídicas con posiciones socio-económicas equivalentes o asimétricas. En el segundo caso, el desbalance del sinalagma puede implicar un desequilibrio en la relación contractual ocasionando un estado de indefensión, situación que permite prescindir de la vía ordinaria y admitir la acción de tutela de manera excepcional: “la relevancia iusfundamental de una controversia entre particulares es directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la

importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses que se encuentran en juego en la relación de la que se trate". Se recuerda que los ciudadanos cuando acuden al servicio brindado por las entidades aseguradoras, otorgan un voto de confianza consistente en que "(...) la aseguradora asuma su responsabilidad cuando ocurra el siniestro. Por ello, las razones por las cuales las entidades aseguradoras deciden no pagar las pólizas de seguro, deben contar con suficiente fundamento jurídico especialmente en aquellos eventos en que el pago de la póliza incida en el ejercicio y goce de los derechos fundamentales".

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Subreglas para determinar en qué eventos el juez de tutela adquiere competencia para pronunciarse sobre relaciones contractuales en circunstancias que pueden afectar los derechos fundamentales del asegurado

PERSONAS EN SITUACION DE DISCAPACIDAD-Sujetos de especial protección por parte del Estado y de la sociedad

DERECHO AL MINIMO VITAL-Fundamental dada su estrecha relación con la dignidad humana y con la garantía al trabajo, a la seguridad social y a la vida digna/MINIMO VITAL DE SUBSISTENCIA-Concepto no es meramente cuantitativo sino también cualitativo

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

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

PERJUICIO IRREMEDIABLE-Características

CONTRATO DE SEGUROS-Reiteración de jurisprudencia

CONTRATO DE SEGUROS-Naturaleza/CONTRATO DE SEGUROS-Definición de la Corte Suprema de Justicia

El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. Este, se rige por los parámetros constitucionales anteriormente mencionados, especialmente, artículos 333 y 335 Superiores y, legalmente, su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. La Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual “una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”.

CONTRATO DE SEGUROS-Características

El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva: a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador. b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización. c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado. d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro. e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se desenvuelven continuamente hasta que culminan.

CONTRATO DE SEGUROS-Elementos esenciales

El contrato de seguros se compone de cuatro “elementos esenciales”, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo

asegurable; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador.

CONTRATO DE SEGUROS-Prescripción de las acciones

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen pueden ser ordinarias o extraordinarias. La primera, “será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”. La segunda, es de “cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”.

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguros es un contrato uberrimae fidae, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.

CONTRATO DE SEGUROS-Prohibición de cláusulas abusivas

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA INVALIDEZ EN EL ORDENAMIENTO JURIDICO COLOMBIANO

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Orden a compañía aseguradora hacer efectiva la póliza de seguro adquirida por el accionante

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Improcedencia por cuanto accionante no cumple con uno de los requisitos pactados en el contrato de seguros, esto es, la edad máxima para ingresar al mismo

Referencia: Expedientes T-6.017.645, T-6.021.578, T-6.059.890 y T-6.063.467 (Acumulados)

Demandantes: Eliana Rocha González y otros, Edward Hernando Lancheros Velásquez, Andrés Felipe Cifuentes Echeverri y Ernesto Sánchez

Demandados: Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda, Seguros Generales Suramericana S.A. (Sura), BBVA Seguros y Equidad Seguros O.C.

Magistrado Sustanciador:

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Bogotá, D.C., veintinueve (29) de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Antonio José Lizarazo Ocampo, quien la preside, Gloria Stella Ortiz Delgado y José Fernando Reyes Cuartas, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

En la revisión de las sentencias proferidas por (i) el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Huila,

el 20 de septiembre de 2016, mediante la cual confirmó la sentencia dictada por el Juzgado Sexto Civil Municipal de Neiva (Huila), del 5 de agosto de 2016 (T-6.017.645); (ii) el Juzgado Segundo Civil Oral del Circuito de Bogotá, proferida el 3 de febrero de 2017, que confirmó la providencia proferida por el Juzgado Cincuenta y Tres Civil Municipal de Bogotá, el 21 de noviembre de 2016 (T-6.021.578); (iii) el Juzgado Tercero de Ejecución Civil del Circuito de Medellín, proferida el 21 de junio de 2016, que confirmó la decisión del Juzgado Sexto de Ejecución Civil Municipal de Medellín, dictada el 13 de mayo de 2016 (T-6.059.890); y (iv) el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), dictada el 22 de noviembre de 2016, que confirmó la sentencia del Juzgado Once Civil Municipal de Ibagué (Tolima), dictada el 11 de octubre de 2016 (T-6.063.467).

Los mencionados expedientes fueron escogidos para revisión por la Sala de Selección Número 3, mediante Autos del 16 y 30 de marzo de 2017 y, por presentar unidad en la materia, se acumularon para ser decididos en una misma sentencia.

I. ANTECEDENTES

Advertencia preliminar. La Sala Cuarta de Revisión, por medio de Auto del 30 de junio de 2017, ordenó la suspensión de los términos del presente asunto en aplicación del artículo 64 del Acuerdo 02 de 2015, “por medio del cual se unifica y actualiza el Reglamento de la Corte Constitucional”, debido a la ausencia del acervo probatorio requerido a las partes y no allegado en término.

1. 1. Expediente T-6.017.645.

1.1. Solicitud

Las accionantes Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, esta última de 17 años, presentaron acción de tutela contra la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda Entidad Cooperativa, por considerar que vulneró sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana por no hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000005, cuyo tomador y beneficiario fue la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel (Coofisam) y cuyo asegurado fue su padre, el señor Reinaldo Rocha Chacón, bajo el argumento de que este incurrió en reticencia al suscribir el contrato.

1.2. Hechos

1.2.1. Las accionantes manifiestan que el señor Reinaldo Rocha Chacón, su padre, adquirió con la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel, en adelante Coofisam, un crédito hipotecario por \$25.000.000, el cual fue aprobado el 4 de junio de 2015. Para respaldar la deuda, este contrató con la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000005, con vigencia desde el 1º de marzo de 2016 y el 1 de marzo de 2017. El crédito hipotecario se realizó sobre el inmueble Lote 5 Manzana 10, ubicado en la Calle 27 No. 13 - 27, Barrio Alfonso López, Campoalegre (Huila), conforme consta en la matrícula inmobiliaria No. 200-64851.

El señor Reinaldo Rocha Chacón falleció el 30 de marzo de 2016, por lo cual, mediante Escritura Pública No. 274 del 10 de mayo de 2016 realizada ante la Notaria Única del Circulo de Campoalegre (Huila), se liquidó su sucesión. En esta se adjudicó el bien inmueble antes descrito a las accionantes.

1.2.2. En virtud del fallecimiento del asegurado, Coofisam solicitó a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda hacer efectiva la póliza mencionada. Pretensión despachada

desfavorablemente mediante oficios del 26 de mayo y 8 de julio de 2016, bajo el argumento de que el señor Reinaldo Rocha Chacón, al suscribir la póliza, omitió declarar que desde el 2007 fue diagnosticado con hipertensión arterial y solo informó que padecía diabetes mellitus, situación que, en su criterio, afectó la eficacia del contrato de seguro por impedir la evaluación real del riesgo y la eventual decisión de haberse inhibido de realizar el contrato o suscribirlo bajo otras condiciones.

Debido a esta situación, Coofisam informó a las accionantes que debían “seguir realizando el pago de las cuotas pactadas”, se intentó realizar un acuerdo de pago y, ante el fracaso de este, el 29 de noviembre de 2016 esta empresa inició un proceso ejecutivo contra las accionantes, en el cual se libró la orden de embargo y secuestro, el 13 de enero de 2017.

1.2.3. Las accionantes alegan que era deber de la accionada estudiar el riesgo antes de celebrar el contrato, en desarrollo de lo cual debían investigar el estado de salud de su padre. Adicionalmente, esta tuvo que haber demostrado la supuesta mala fe del asegurado, sin embargo, al contrario de ello, lo que se evidenció es que su padre incluso informó que padecía diabetes mellitus, enfermedad que en su concepto es de mayor gravedad y demuestra que este no tenía intenciones de ocultar su diagnóstico.

Seguidamente, señalaron que carecen de capacidad económica para asumir el pago de la deuda. Particularmente, (i) Eliana Rocha González manifestó que no cuenta con un trabajo, es madre cabeza de familia, tiene dos hijos de 17 y 10 años de edad y una nieta de 4 meses, quienes dependen económicamente de ella; (ii) Milena Rocha González informó que está a cargo de su hijo quien tiene 13 años de edad y fue diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda desde hace 4 años, cuyo cuidado le impide acceder a un trabajo; y (iii) Leydi Rocha Ortiz tiene 17 años, está estudiando y depende económicamente de la señora Leyda Ortiz, su madre, quien es cabeza de familia y carece de recursos económicos.

Aunado a ello, pusieron de presente respecto del inmueble hipotecado que una de ellas, Eliana Rocha Chacón, vive en la casa de habitación y en el lote las tres hermanas tienen un cultivo de arroz del cual, cada una, obtiene \$340.000 mensuales para su sostenimiento, no tienen ingresos adicionales y se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de seguridad social.

1.3. Pretensiones

Las accionantes solicitan que se ampare su derecho fundamental al mínimo vital y a la dignidad humana y, en consecuencia, se ordene a la Aseguradora Solidaria de Colombia efectuar el trámite necesario para hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 y, con ello, se cubra el saldo insoluto de la obligación adquirida por el señor Reinaldo Rocha Chacón con Coofisam.

1.4. Pruebas relevantes

En el expediente T-6.017.645 reposan las siguientes pruebas:

- * Copia del registro civil de defunción de Reinaldo Rocha Chacón, indicativo serial 9030809 del 4 de abril de 2016. Fallecimiento, 30 de marzo de 2016 (Cuaderno 2, folio 8).
- * Copia de los registros civiles de nacimiento de Eliana Rocha González, Milena Rocha Gonzales y Leydi Dayana Rocha Ortiz (Cuaderno 2, folio 9 al 11).
- * Copia de Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores expedida por la Aseguradora Solidaria de Colombia. Número 560 – 16 – 994000000005. Con vigencia desde el 1º de marzo de 2016 hasta el 1º de marzo de 2017; tomador “Coofisam”; asegurado: “deudores”; beneficiario “Coofisam” (Cuaderno 2, folios 414 al 425).

* Copia de oficios de fecha 26 de mayo y 8 de julio de 2016, a través de los cuales la Aseguradora Solidaria de Colombia informó a Coofisam que no es posible hacer efectiva la Póliza (folios 4 al 7, Cuaderno 2).

* Copia de oficio del 2 de junio de 2016 enviado por Coofisam a Leyda Ortiz como representante de Leydi Dayana Rocha Ortiz, informando que debe continuar realizando el pago de la deuda adquirida por el señor Reinaldo Rocha Chacón (Cuaderno 2, folio 3).

1.5. Trámite procesal y contestación a la demanda de tutela

La acción de tutela correspondió por reparto al Juzgado Sexto Civil Municipal de Neiva (Huila), el cual resolvió, mediante Auto del 22 de julio de 2016, admitirla y correr traslado a la Aseguradora Solidaria de Colombia y vincular a Coofisam, para que ejerzan su derecho de defensa y contradicción.

1.5.1. Coofisam, por medio de oficio del 27 de julio de 2016, solicitó negar las pretensiones. Explicó que mediante el formulario para la solicitud de la póliza se le preguntó al asegurado si padecía o era tratado por alguna enfermedad o incapacidad, entre las opciones estaba la “presión arterial”, que puede ser alta (hipertensión) o baja (hipotensión). Sin embargo, el señor Reinaldo Rocha Chacón omitió advertir sobre ese padecimiento. Aunado a ello, en el formulario se cuestionó acerca de si “ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente”, a lo cual respondió negativamente. A su juicio, este comportamiento da lugar a la reticencia y, a su vez, a la nulidad relativa del seguro. En cualquier caso, señaló que no es de su competencia determinar si el asegurado padecía alguna enfermedad al adquirir la póliza. Ello le competía a la Aseguradora Solidaria de Colombia.

1.5.2. La Aseguradora Solidaria de Colombia, por medio de oficio radicado

extemporáneamente, el 29 de julio de 2017, dio respuesta a la acción de tutela solicitando negar el amparo. Adujo que no se cumple con el requisito de subsidiariedad, pues existen otros medios ordinarios de defensa judicial e, incluso, prejudiciales, como la conciliación. Aunado a ello, no se evidencia la existencia de un perjuicio irremediable, pues no se encuentra demostrada la afectación al mínimo vital y la dignidad humana de las accionantes. En todo caso, sostuvo, el señor Reinaldo Rocha Chacón, al contratar la Póliza Seguro de vida en Grupo Deudores, declaró que padecía diabetes mellitus pero omitió informar que padecía también hipertensión arterial desde el 2007. Elementos fácticos que dieron lugar a la reticencia, de acuerdo con los artículos 1039 y 1058 del Código de Comercio.

1.6. DECISIONES JUDICIALES

1.6.1. Primera instancia

El Juzgado Sexto Civil Municipal de Neiva (Huila), mediante sentencia del 5 de agosto de 2016, negó el amparo deprecado, sin embargo, fundamentó su fallo en la improcedencia de la acción de tutela, pues las demandantes reclaman el pago de la póliza que garantizaba el pago del crédito hipotecario que Reinaldo Rocha Chacón adquirió con Coofisam, situación que, en su criterio, debe resolverse ante la jurisdicción ordinaria. Y, en todo caso, esta empresa ofreció como alternativa para suplir la obligación la realización de un acuerdo de pago.

1.6.2. Impugnación

Inconformes con la decisión las accionantes impugnaron el fallo. Adujeron que su padre actuó de buena fe al diligenciar el formulario para solicitar la póliza, de lo que da cuenta haber

manifestado que padecía diabetes mellitus, enfermedad más grave que la hipertensión arterial. Igualmente, señalaron que en el formulario facilitado por la aseguradora, la casilla hipertensión arterial no se encontraba y la Aseguradora no podía exigirle a su padre conocimientos técnicos para diligenciar el formulario. En todo caso, reiteran, la aseguradora es la que debía pedir los exámenes médicos correspondientes y, de insistir en el no pago de la póliza alegando reticencia, debe demostrar la mala fe.

1.6.3. Segunda instancia

El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva, a través de fallo del 20 de septiembre de 2016, confirmó la decisión del fallo de primera instancia. Señaló que la tutela es improcedente debido a que las accionantes cuentan con otros medios de defensa judicial y, en todo caso, conforme con los elementos fácticos, estas acuden al mecanismo de amparo para evitar el cobro coactivo, el cual aún no se ha ejecutado y, por consiguiente, el juez constitucional no es competente para pronunciarse sobre elementos fácticos que aún no han ocurrido.

1.7. TRÁMITE EN SEDE DE REVISIÓN DE TUTELA

1.7.1. Una vez seleccionado el proceso de la referencia y puesto a disposición de esta Sala de Revisión, el suscrito Magistrado Sustanciador, mediante Autos del 16 de mayo y 9 de junio de 2017, en procura de aclarar los elementos fácticos que motivaron la tutela y lograr un mejor proveer, solicitó diferentes elementos probatorios a las partes.

1.7.1.1. Coofisam, a través de su Gerente General, presentó escrito en esta Corporación el 7 de junio de 2017, en el cual señaló que a la fecha, la deuda adquirida por Reinaldo Rocha Chacón con esa entidad, presenta un saldo de capital de \$22.891.974. Seguidamente,

advirtió que se intentó realizar un acuerdo de pago con las accionantes el cual fracasó y, como consecuencia de ello, inició un proceso ejecutivo el 29 de noviembre de 2016 ante el Juzgado Segundo Promiscuo de Campoalegre (Huila). Como sustento adjuntó:

- * Copia de oficio expedido por Coofisam del 7 de junio de 2017, denominado “estado del crédito”, en el que se relaciona el saldo de capital (\$22.891.974.00).
- * Constancia de trámite desarrollado por Coofisam para el acuerdo de pago con las accionantes.

1.7.1.2. La Aseguradora Solidaria de Colombia, a través de su representante legal, por medio de oficio radicado en la Secretaría General de esta Corporación el 21 de junio de 2017, reiteró lo manifestado ante los jueces de instancia.

1.7.1.3. Las accionantes, Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, por medio de oficio enviado a esta Corporación el 1º de junio de 2017, pusieron en conocimiento que Coofisam, al no haber logrado el cobro de la póliza de vida grupo deudores No. 994000000005, contratada con la Aseguradora Solidaria de Colombia, inició un proceso ejecutivo en su contra, en procura de obtener el pago del crédito adquirido por su padre con esa empresa. Como prueba de ello, adjuntaron copia de la demanda contra ella presentada, el auto admisorio del 13 de enero de 2017 proferido por el Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila), en el cual se admitió la demanda, se libró mandamiento de pago y se decretó el embargo y secuestro sobre el “Lote 5 Manzana 10, ubicado en la Calle 27 No. 13 – 27, Barrio Alfonso López, Campoalegre (Huila), con extensión superficial de 144.04 M2, con casa de habitación”.

En este inmueble reside Eliana Rocha González, una de las accionantes, y ahí tienen un cultivo de arroz, dejado como herencia por su padre, del cual obtienen, cada una, \$340.000.00 mensuales para suplir sus necesidades básicas.

En virtud de ello, por medio de Auto del 17 de julio de 2017, esta Sala, a pesar de que aún no se había decidido el asunto en comento, en ejercicio de las facultades oficiosas reguladas en el artículo 7º del Decreto 2591 de 1991, consideró necesario ordenar la suspensión del proceso ejecutivo adelantado contra las accionantes, en virtud de los principios de economía y celeridad procesal y de la protección efectiva de los derechos fundamentales que, eventualmente, les asiste a las demandantes. Bajo esos considerandos se dictó la siguiente orden:

“PRIMERO. ORDENAR como medida provisional, por conducto de la Secretaría General de esta Corporación, al Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila), que suspenda el proceso ejecutivo radicado bajo el número 2016-00411-00 adelantado por la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel (Coofisam), contra Eliana Rocha González, Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz. Lo anterior, hasta tanto esta Sala de Revisión se pronuncie sobre la acción de tutela radicada bajo el número de expediente T-6.017.645” (...).

Aunado a lo anterior, las accionantes allegaron al presente proceso constitucional las siguientes pruebas:

* Historia clínica de Reinaldo Rocha Chacón, emitida por la IPS Campoalegre, la cual comprende el diagnóstico desde el 24 de mayo de 2007, hasta el 1º de febrero de 2016, el cual se mantuvo constante en relacionar como “diagnóstico principal” diabetes mellitus y como “diagnóstico secundario” hipertensión esencial (primaria) (Cuaderno 2, folio 77, CD adjunto).

- Declaraciones juramentadas presentadas el 31 de mayo de 2017 ante la Notaría Única de Campoalegre (Huila), por las dos primeras y por Leyda Ortiz, madre de Leydi Rocha Ortiz,

manifestando respecto de su situación socioeconómica que su sustento depende de un cultivo de arroz realizado en una parcela de 7 hectáreas dejada por el señor Reinaldo Rocha Chacón, de la que obtienen una cosecha que les permite acceder a un ingreso mensual de \$340.000, con el cual cubren los gastos de educación, alimentación, transporte, entre otros. Individualmente: (i) Eliana Rocha González manifestó que carece de trabajo, es madre cabeza de familia, tiene dos hijos de 17 y 10 años de edad y una nieta de 4 meses, quienes dependen económicamente de ella y vive en la casa de habitación hipotecada por Coofisam; (ii) Milena Rocha González informó que carece de recursos económicos y se encuentra a cargo de su hijo, quien tiene 13 años de edad y fue diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda desde hace 4 años, y cuyo cuidado le impide acceder a un trabajo; y (iii) Leyda Ortiz, madre de la menor de edad Leydi Dayana Rocha Ortiz, puso en conocimiento que es madre cabeza de familia, soltera, carece de recursos económicos y se encuentra a cargo de ella (Cuaderno 2, folios 32 al 37).

- Certificado de afiliación al régimen subsidiado de seguridad social de cada una (Cuaderno 2, folios 38 al 40).

- Copia de demanda presentada en su contra por Coofisam el 29 de noviembre de 2016 ante el Juzgado Segundo Promiscuo de Campoalegre (Huila); orden de embargo y mandamiento de pago librado por el mismo el 13 de enero de 2017 y auto del 27 de abril de 2017 (Cuaderno 2, folios 45 a 53).

2. EXPEDIENTE T-6.021.578

2.1. Solicitud

El accionante, Edward Hernando Lancheros Velásquez, a través de apoderado judicial, presentó acción de tutela contra Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA), con el fin de que fuera protegido su derecho fundamental al mínimo vital y dignidad humana, que consideró vulnerado por la mencionada empresa cuando no hizo efectiva la Póliza “mercado seguro”, alegando la reticencia del actor.

2.2 Hechos

2.2.1. El demandante manifestó que, el 29 de abril de 2016, adquirió la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743” con la empresa Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA). En la cual se contrató el amparo ante el riesgo de invalidez causado durante la vigencia del contrato, consistente en el pago de 24 cuotas mensuales de \$400.000.

2.2.2. Explicó que fue capitán del Ejército Nacional, cuya Dirección de Sanidad lo calificó, mediante Acta No. 59944 del 2 de mayo de 2013, con 17% de pérdida de capacidad laboral con diagnóstico apnea del sueño, oportunidad en la cual se ordenó su reubicación laboral. Sin embargo, posteriormente, fue sometido a una nueva calificación, ocasión en la cual esa misma entidad, mediante Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, determinó que el actor padecía 58.28%, de pérdida de capacidad laboral debido al siguiente diagnóstico:

“1.Exposición crónica al ruido que deja como secuela: a) hipoacusia neurosensorial bilateral de 50DB de oído derecho y 60DB de oído izquierdo, bilateral de 55 DB; b) Tinitus Bilateral 2. Vértigo 3. Tunel del Carpo miembro superior derecho. 4. Tunel del Carpo miembro superior izquierdo. 5. Discopatía L4-L5. Que deja como secuela dolor lumbar 6. Condromalacia Patlofemoral Bilateral Asociado a Lesión Meniscal de la rodilla derecha que deja como secuela gonalgia bilateral”.

En total, sumadas las dos calificaciones mencionadas, se encuentra calificado con 75.28% de pérdida de capacidad laboral.

2.2.3. Debido a la calificación de la pérdida de capacidad laboral realizada el 9 de junio de 2016, el demandante, mediante oficio del 23 de junio y 31 de agosto siguientes, solicitó a SURA hacer efectiva la póliza “mercado seguro”, con base en esta nueva calificación. Al efecto, adujo que al suscribir el contrato de seguro no tenía conocimiento de los exámenes que iban a practicarse, los cuales condujeron a dicha calificación. Conforme explicó, estos fueron realizados en las siguientes fechas:

“Potenciales auditivos evocados, el 2 de mayo de 2016, con el cual fue diagnosticado con hipoacusia neurosensorial bilateral. Examen de Otorrinolaringología realizado el 31 de mayo de 2016, que condujo a determinar que padecía Tinnitus bilateral (vértigo). La electromiografía de miembros superiores realizada el 26 de mayo de 2016 condujo a determinar que padece síndrome del Tunel del Carpo bilateral. Examen de ortopedia realizado el 9 de junio de 2016, mediante el cual fueron examinadas sus rodillas y la columna”.

2.2.4. Sin embargo, SURA despachó desfavorablemente las dos solicitudes presentadas, mediante oficios del 29 de agosto y del 12 de octubre de 2016, argumentando que el actor contaba con una Junta Médica previa, realizada por la Dirección de Sanidad del Ejército, mediante el Acta No. 59944 del 2 de mayo de 2013 y, adicionalmente, la pérdida de capacidad laboral del demandante calificada mediante el Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, obedeció a padecimientos que este tenía antes de contratar la póliza.

2.2.5. Inconforme con la respuesta, el demandante presentó acción de tutela alegando el actuar arbitrario de la empresa accionada, que tenía efectos directos en su derecho fundamental al mínimo vital y a la dignidad humana, debido a que es un sujeto de especial protección constitucional, calificado con 75,28% de pérdida de capacidad laboral.

Igualmente, puso de presente que fue retirado del Ejército Nacional y no le ha sido posible reubicarse laboralmente debido a sus padecimientos, lo anterior, a pesar de que se encuentra a cargo del sustento económico de su familia compuesta por una menor de edad de 9 años y su esposa, quien tampoco se encuentra vinculada laboralmente y padece síndrome bipolar afectivo.

2.3. Pretensiones

El accionante solicita que le sea amparado su derecho fundamental al mínimo vital y a la dignidad humana y, en consecuencia, se ordene a Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA) adelantar el trámite necesario para hacer efectiva la “Póliza Seguro de Vida Mercado Seguro Tuya” BAN 025639743, adquirida por él el 29 de abril de 2016.

2.4. Pruebas relevantes

En el expediente T-6.021.578 reposan las siguientes pruebas:

* Copia de la “Póliza Seguro de Vida Mercado Seguro Tuya” BAN 025639743 adquirida con Seguros de Vida Suramericana S.A. (Cuaderno 2, folios 3 al 5).

* Copia de Acta de Junta Médica Laboral No. 87468 del 9 de junio de 2016, dictada por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, mediante la cual el accionante fue calificado con pérdida de capacidad laboral de 58.28%, que sumado a lo determinado en el Acta de Junta Médica Laboral No. 59944 del 2 de mayo de 2013, en la cual fue calificado con 17% de pérdida de capacidad laboral, conllevó a que en total ascienda a 75.28% (Cuaderno 2 folios 10 y 11).

* Copia de Acta de Junta Médica Laboral No. 59944 del 2 de mayo de 2013, registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército, mediante la cual se calificó al actor con pérdida de capacidad laboral del 17% con diagnóstico de “apnea del sueño” (Cuaderno 1, folios 163 y 165).

* Copia de solicitud presentada por el accionante a SURA el 31 de agosto de 2016, en la cual solicitó la reconsideración respecto al reconocimiento del pago de la póliza (Cuaderno 2, folio 13 al 17).

* Copia de oficios enviados el 29 de agosto y 12 de octubre de 2016 por SURA al accionante señalando que no es posible hacer efectiva la “Póliza Seguro de Vida Mercado Seguro Tuya” BAN 025639743 (Cuaderno 2, folios 12, 18 y 19).

* Copia de examen médico Pontenciales Evocados Auditivos de Tallo cerebral realizado al demandante del 2 de mayo de 2016 (Cuaderno 2, folio 6 al 8).

* Copia de examen de otorrino realizado al demandante el 31 de mayo de 2016 (Cuaderno 2, folio 9).

2.5. Trámite procesal y contestación a la demanda de tutela

La acción de tutela correspondió por reparto al Juzgado Cincuenta y Tres Civil Municipal de Bogotá, el cual resolvió, mediante Auto del 4 de noviembre de 2016, admitirla y correr traslado a Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA) y vincular a Seguros de Vida Éxito, Audiocom IPS, Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia del Ejército Nacional y a la Junta Médica Laboral de las Fuerzas Militares del Ejército Nacional, para que se pronuncien acerca de los hechos de la demanda.

2.5.1. Seguros de Vida Suramericana S.A. SURAMERICANA, por medio de escrito presentado el 9 de noviembre de 2016, a través de su representante legal dio respuesta a la acción de tutela, solicitando que sea declarada improcedente, en atención a su naturaleza subsidiaria y

la existencia de otros medios de defensa judicial. Seguidamente, aceptó que su representada prescindió del “examen médico” respecto al accionante antes de suscribir el contrato de seguro. Sin embargo, señaló que él incurrió en reticencia por no haber declarado sinceramente su estado de salud. Igualmente, indicó que según la historia clínica del demandante y su examen de pérdida de capacidad laboral, gran parte de los diagnósticos por los cuales fue declarado su estado de invalidez se presentaron antes de contratar la póliza.

2.5.2. Almacenes Éxito S.A., por medio de oficio del 15 de noviembre de 2016, advirtió que carece de legitimación en la causa por pasiva debido a que sus funciones no corresponden a las de la compañía aseguradora, responsable de la póliza sobre la cual recae la disputa. Igualmente, aclaró que no es esta empresa Almacenes Éxito S.A, la entidad con quien el accionante tiene una relación contractual crediticia, sino la empresa TUYA S.A., empresa responsable de la tarjeta de crédito del actor respaldada con el contrato de seguro en comento.

2.5.3. La Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares del Ministerio de Defensa Nacional, por medio de escrito presentado extemporáneamente, el 22 de noviembre de 2016, solicitó su desvinculación del proceso por no estar legitimada en la causa por pasiva y advirtió que la Junta Médico Laboral de Retiro se realizó acatando todos los trámites legales pertinentes.

2.6. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

2.6.1. Primera instancia

Mediante sentencia del 21 de noviembre de 2016, el Juzgado Cincuenta y Tres Civil Municipal de Bogotá negó el amparo deprecado, sustentando esta decisión en las causales de improcedencia de la acción de tutela, debido a que no se cumple con el requisito de

subsidiariedad, por cuanto se trata de una controversia de carácter contractual, cuya definición debe tramitarse mediante otros medios de defensa judicial y no se evidenció la existencia de un perjuicio irremediable. Adicionalmente, el accionante no allegó los elementos probatorios conducentes a demostrar la afectación de su mínimo vital.

2.6.2. Impugnación

Por medio de oficio radicado en el juzgado de instancia el 2 de diciembre de 2016, el accionante impugnó el fallo proferido, sin sustentar el recurso.

2.6.3. Segunda Instancia

Por medio de fallo dictado el 3 de febrero de 2017, el Juzgado Segundo Civil Oral del Circuito de Bogotá confirmó la decisión del a quo, bajo los mismos argumentos expuestos por este.

2.7. TRÁMITE EN SEDE DE REVISIÓN DE TUTELA

Una vez seleccionado el proceso de la referencia y puesto a disposición de esta Sala de Revisión, el suscrito Magistrado Sustanciador, mediante Autos del 16 de mayo y 9 de junio de 2017, en procura de aclarar los elementos fácticos que motivaron la tutela y lograr un mejor proveer, solicitó diferentes elementos probatorios a las partes.

2.7.1. El accionante Edward Hernando Lancheros Velásquez, por medio de oficio enviado a esta Corporación el 23 de mayo de 2017, manifestó que fue desvinculado del Ejército Nacional sin que se le hubiere reconocido asignación de retiro y, actualmente, carece de

vinculación laboral, debido a sus padecimientos, por lo cual su derecho fundamental al mínimo vital y el de su familia se encuentra afectado.

Igualmente, señaló que está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, por medio del régimen subsidiado, en calidad de beneficiario de su esposa. En relación con su núcleo familiar, señaló que se encuentra compuesto por su hija, quien tiene 9 años de edad y cursa 4º de primaria, y su esposa, quien tampoco cuenta con un trabajo y padece síndrome bipolar afectivo, el cual exige cubrir amplios costos por los medicamentos no pos.

Finalmente, destacó que sus gastos de alimentación, vestuario y salud corresponden a \$700.000 y, aunado a ello, cuenta con un préstamo con Bancolombia, por valor de \$810.000, una tarjeta de crédito con BBVA, correspondiente a \$220.000 y la Tarjeta Éxito, por valor de \$280.000.

3. ANTECEDENTES DEL EXPEDIENTE T-6.059.890

3.1. Solicitud

La señora Adriana María Cifuentes Echeverry, en calidad de agente oficiosa del señor Andrés Felipe Cifuentes Echeverry, su hijo, presentó acción de tutela contra BBVA Seguros, con el fin de que haga efectiva la póliza de seguro vida grupo No. 102162066535. Lo anterior por cuanto la entidad se niega a hacer efectivo el contrato bajo el argumento de que este no se encontraba vigente al ocurrir el siniestro y la pérdida de capacidad del agenciado es menor al 50%, esto, a pesar de que la póliza estuvo vigente desde el 29 de enero de 2014 hasta el 29 de enero de 2015 y el accidente acaeció el 24 de agosto de 2014, generándole una pérdida de capacidad laboral del 89,8%.

3.2. Hechos

3.2.1. Conforme con la agente oficiosa, el señor Andrés Felipe Cifuentes Echeverry adquirió la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535” con BBVA Seguros, el 29 de enero de 2014, con vigencia a partir de esa fecha y hasta el 29 de enero de 2015, siendo el asegurado el mismo, la beneficiaria su cónyuge, Vanesa Rivera Carmona, y el tomador Banco de las Microfinanzas Bancamía S.A. Entre los amparos se fijó la “incapacidad total y permanente” y el valor asegurado de esta fueron \$5.000.000. Conforme con el anexo del contrato de seguro:

“Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede, el asegurado quedara incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo y que consta en la caratula de la póliza y/o en sus condiciones particulares. (...) Dicha incapacidad se considera siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado (...). Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de calificación de la incapacidad, la cual se considera la fecha del siniestro (...)”.

3.2.2. Según informó, en vigencia del contrato de seguro, el 24 de agosto de 2014, su agenciado sufrió un accidente de tránsito, como consecuencia de lo cual fue calificado con pérdida de capacidad laboral de 89,8%, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, mediante dictamen del 2 de octubre de 2015, en el que se señaló como fecha de estructuración la misma del accidente. El diagnóstico se puntualizó con base en la historia clínica y la valoración por medicina legal en los siguientes términos:

“(…) paciente postrado en cama, totalmente dependiente, no contacta con el examinador, movilidad nula, no controla esfínteres. Nota. Tiene valoración por medicina legal el 09/04/2015, que señala en base a historia clínica del HPTU, que el paciente presentó accidente de tránsito en calidad de motociclista el 24/08/2014, indicando que sufrió trauma encefalocraneano severo, con Glasgow de 3/5, contusión parieto-occipital derecha y trauma en región costal izquierda, que requirió manejo de cuidado crítico, se menciona además que hizo meningitis estafilocócica, epilepsia y luxación de la articulación del hombro”.

3.2.3. En virtud de lo anterior, el tomador del contrato, Bancamia S.A., solicitó hacer efectiva la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”, contratada con BBVA Seguros. Sin embargo, esta entidad objetó la reclamación mediante oficio expedido el 20 de abril de 2015, en el que adujo que el accionante no superaba el 50% de la pérdida de capacidad laboral a pesar de que hubiere superado 120 días de incapacidad. Y, posteriormente, el 18 de marzo de 2016, reiteró la objeción del reclamo bajo el argumento de que al producirse el siniestro no se había contratado la póliza.

3.2.4. Inconforme con lo anterior, la accionante presentó acción de tutela, en la cual señaló que a la fecha de estructuración de la invalidez, la póliza contratada por su hijo aún se encontraba vigente, motivo por el cual las objeciones al reclamo presentadas por BBVA Seguros carecen de fundamento e implican la vulneración de la dignidad humana del agenciado y contradice la prevalencia del derecho material.

3.3. Pretensiones

La agente oficiosa solicita que a su hijo Andrés Felipe Cifuentes Echeverry le sean protegidos sus derechos fundamentales a la dignidad humana y al debido proceso y, por consiguiente, solicita que se ordene a BBVA Seguros reconozca y pague la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”.

3.4. Pruebas

En el expediente T-6.059.890 existen las siguientes pruebas:

- Copia de la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”, con vigencia del 29 de enero de 2014 al 29 de enero de 2015, con Tomador Bancamia y asegurado Andrés Felipe Cifuentes Echeverry (Cuaderno 2, folios 5 y 6)
- Historia clínica de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry del 24 de agosto de 2016 expedida por el Hospital con Alma Pablo Uribe Tobón (Cuaderno 2, folios 7 al 9).
- Dictamen de pérdida de capacidad laboral y determinación de invalidez de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry expedido el 2 de octubre de 2015 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia, en el cual se determinó como fecha de estructuración el 24 de agosto de 2014 y pérdida de capacidad laboral del 89,8% (Cuaderno 2, folios 11 al 13).
- Copia de oficios enviados por BBVA Seguros el 20 de abril de 2015 y el 18 de marzo de 2016 al Banco de las Microfinanzas Bancamia S.A. por medio del cual objetó la reclamación (Cuaderno 2, folio 14 y 15).

3.5. Trámite procesal y contestación a la demanda de tutela

La acción de tutela correspondió por reparto al Juzgado Sexto de Ejecución Civil Municipal, el cual resolvió, mediante Auto del 3 de mayo de 2016, admitirla y correr traslado a BBVA Seguros. Sin embargo, esta entidad guardó silencio.

3.6. DECISIONES JUDICIALES QUE SE REVISAN

3.6.1. Primera instancia

Mediante sentencia del 13 de mayo de 2016, el Juzgado Sexto de Ejecución Civil Municipal de Medellín negó el amparo deprecado; sin embargo, para sustentar esta providencia, se fundamentó en las causales de improcedencia de la acción de tutela, al considerar que al agenciado le asisten otros medios de defensa judicial y, adicionalmente, no se avizora la existencia de un perjuicio irremediable que permitiría resolver el litigio en sede de tutela.

3.6.2. Impugnación

Por medio de escrito presentado el 19 de mayo de 2016 en el juzgado de primera instancia, la agente oficiosa del accionante impugnó el fallo, bajo el argumento de que se compone de consideraciones inexactas, erróneas y no se ajusta a los elementos fácticos que sustentaron la demanda ni a los derechos avocados, en detrimento de los derechos fundamentales de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry.

3.6.3. Segunda instancia

A través de sentencia dictada el 21 de junio de 2016 por el Juzgado Tercero de Ejecución Civil del Circuito de Medellín, se confirmó el fallo de primera instancia al considerar que la jurisdicción ordinaria es la vía idónea a través de la cual se debe zanjar este asunto, habida cuenta que no existe un perjuicio irremediable que justifique resolver el litigio por medio de la acción de amparo.

3.7. TRÁMITE EN SEDE DE REVISIÓN DE TUTELA

Una vez seleccionado el proceso de la referencia y puesto a disposición de esta Sala de Revisión, el suscrito Magistrado Sustanciador, mediante Autos del 16 de mayo, 9 de junio de 2017 y 30 de junio de 2017, en procura de aclarar los elementos fácticos que motivaron la tutela y lograr un mejor proveer, solicitó diferentes elementos probatorios a las partes. Por medio del último auto en comento se ordenó, además, la SUSPENSIÓN del proceso.

3.7.1. El Banco de las Microfinanzas Bancamia S.A., por medio de oficios remitidos el 27 de junio y el 18 de julio de 2017, puso en conocimiento que el agenciado, Andrés Felipe Cifuentes Echeverry tenía dos pólizas contratadas con el Banco BBVA Seguros. La primera se contrató para respaldar un crédito que aquel había contratado con esta entidad bancaria, el cual ya fue cancelado. La segunda correspondió a un contrato de seguros voluntario, cuyo reclamo fue objetado y, es esta última, sobre la cual recae la acción de tutela.

3.7.2. BBVA Seguros, mediante un documento enviado el 18 de julio de 2017, reiteró su objeción respecto al reclamo de la póliza, fundamentándose en la ausencia de vigencia del contrato de seguros al momento de proferirse el dictamen de pérdida de capacidad laboral.

3.7.3. La señora Adriana María Cifuentes Echeverry, agente oficiosa, por medio de oficio allegado el 1º de agosto de 2017, señaló que es una persona carente de recursos económicos, de bienes muebles e inmuebles y sin vinculación laboral actual, esto último debido a que carece de profesión y no se encuentra calificada para desarrollar ningún oficio y, adicionalmente, se encuentra encargada del cuidado permanente de su hijo a partir del accidente por éste sufrido, el cual lo dejó cuadripléjico. Igualmente, señala que depende de la ayuda económica de su hijo mayor y su hermano, quienes con esfuerzo le ayudan a cubrir sus necesidades básicas, entre estas el arrendamiento, medicamentos, alimentos, servicios públicos, transporte, entre otros costos que exigen el cuidado de su hijo, los cuales suman

alrededor de \$2.620.000.

4. ANTECEDENTES DEL EXPEDIENTE T-6.063.467

4.1. La solicitud

El señor Ernesto Sánchez presentó acción de tutela en nombre propio contra la empresa Equidad Seguros Organización Cooperativa, al considerar que esta incurrió en la vulneración de sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana, debido a que no hizo efectiva la “póliza de accidentes personales AA000407”, bajo el argumento de que al suscribir el contrato no contaba con la edad límite para ello y, adicionalmente, el siniestro alegado no está entre las coberturas de la póliza.

4.2.1. El accionante tiene 75 años y, según manifiesta, a lo largo de su vida se desempeñó como conductor de vehículos de servicio público. Particularmente, entre el año 2012 y 2015 trabajó al servicio de la señora Ana Genoveva Ortiz de Gutiérrez, como taxista, a través del vehículo identificado con placas WTP 749, propiedad de la mencionada.

4.2.2. Señala que en cumplimiento de los Decretos 1047 de 2014 y 1079 de 2015, que exigen asegurar al conductor del vehículo para la prestación del servicio público de transporte, fue asegurado con la “póliza de accidentes personales AA000407”, la cual estuvo vigente desde el 13 de noviembre de 2014 hasta el 13 de noviembre de 2015; entre los amparos se señaló “incapacidad total y permanente ocasionada en accidente de tránsito ocurrida durante el ejercicio de su labor de conductor (...) y que al ser calificada (...) sea igual o superior al 50%, en tal caso se reconocerá al asegurado la suma estipulada en el cuadro de

amparos descritos en la caratula de la póliza”. Esto es, 33 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

4.2.3. El 6 de octubre de 2015, el accionante sufrió un accidente de tránsito cuando conducía el vehículo en comento en ejercicio de sus funciones. Y, como consecuencia del siniestro, el 26 de octubre de 2015 le sobrevino un infarto cerebral. Acontecimientos que lo obligaron a retirarse del mercado laboral. En virtud de lo anterior, el 17 de junio de 2016, la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Tolima lo calificó con 62.50% de pérdida de capacidad laboral, con fecha de estructuración del 10 de junio de 2016. El diagnóstico fue el siguiente: 1. Esguinces y torcedura de la columna vertebral; 2. Fibrilación y aleteo auricular; 3. Hiperlipidemia mixta; 4. Secuelas de Infarto cerebral; y 5. Visión subnormal de un ojo.

4.2.4. En virtud de lo anterior, el demandante solicitó a la Equidad Seguros O.C. hacer efectiva la póliza contratada, entidad que despachó desfavorablemente la solicitud bajo dos argumentos, el primero, consistente en que en las condiciones generales de la póliza se establece, en el numeral 6, que la edad máxima para contratar este seguro es de 65 años, sin embargo, al adquirir la póliza, el tutelante, de acuerdo con su cédula de ciudadanía, contaba con 72 años. Y, el segundo, en el numeral 3, literal B, de este mismo documento, se señala que la póliza se hace efectiva en caso de incapacidad permanente basándose en la tabla de indemnizaciones incorporada a esta póliza. Padecimientos que, en consideración de la entidad, no corresponden al diagnóstico del demandante.

4.2.5. Inconforme con lo anterior, el accionante presentó acción de tutela, pues en su criterio, los fundamentos en los que se basa la entidad accionada para negar el amparo, no tienen sustento en el contrato de seguro. Adicionalmente, resaltó que es una persona de 75 años de edad, quien por la pérdida de capacidad laboral no puede desempeñarse como conductor de vehículos, trabajo en el que se desempeñó a lo largo de su vida. En consecuencia, actualmente, carece de ingresos económicos, situación que afecta su mínimo vital y su dignidad humana.

4.3. Pretensiones

El accionante solicita que le sean protegidos sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana, presuntamente transgredidos por la Equidad Seguros S.A., al haber objetado el pago de la “póliza de accidentes personales AA000407” y, por consiguiente, solicita ordenar el reconocimiento y pago de la indemnización pactada en la misma.

4.4. Pruebas

En el expediente T-6.063.467 existen las siguientes pruebas:

- Copia del Dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima del 17 de junio de 2016, en el que se determina el 62.50% de la pérdida de capacidad laboral del señor Ernesto Sánchez, con fecha de estructuración 10 de junio de 2016 (Cuaderno 2, folio 8 al 13).
- Copia de la cédula de ciudadanía de Ernesto Sánchez (Cuaderno 2, folio 28).
- Copia de oficio enviado por la Equidad Seguros O.C. al señor Ernesto Sánchez el 16 de septiembre de 2016, por medio del cual ratifica la objeción del reclamo sobre la póliza (Cuaderno 2, folios 29 y 30).
- Historia clínica No. 890707059 del señor Ernesto Sánchez, expedida por el Hospital San Francisco de Ibagué E.S.E. en la cual se refiere, entre otros, la disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo (Cuaderno 2, folios 38 al 44).
- Copia de oficio enviado por Ernesto Sánchez a la Equidad Seguros S.A. el 16 de febrero de 2016 por medio del cual pone en conocimiento el accidente acaecido el 6 de octubre de 2016 y solicita el pago de la póliza (Cuaderno 2, folios 54 al 55).

4.5. Trámite procesal y contestación a la demanda de tutela

La acción de tutela correspondió por reparto al Juzgado Once Civil Municipal, el cual resolvió, mediante Auto del 4 de octubre de 2016, admitirla, correr traslado a Equidad Seguros S.A. y vincular a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima.

4.5.1. Equidad Seguros O.C. presentó escrito de contestación el 7 de octubre de 2016, por medio del cual solicitó declarar improcedente la acción de tutela bajo el argumento de que existen otros medio de defensa judicial y, aunado a ello, se agregó la objeción al reconocimiento que pretende el accionante.

Puso de presente que la señora Ana Genoveva Ortiz de Gutiérrez, propietaria del vehículo y asegurada con la póliza AA000407 Ibagué, “en quien recae el interés asegurable” y quien “autoriza a la persona que conducía el vehículo” conocía las condiciones y requisitos del contrato. Reiteró que los padecimientos del accionante, “esguinces y torceduras de la columna cervical origen accidente SOAT, 2-Fibración y aleteo auricular enfermedad común, 3. Hiperlipidemia mixta enfermedad común, 4. Secuelas de infarto cerebral, 5. Visión Subnormal de un ojo”, no se avienen con los requisitos de cobertura dado que no constituyen incapacidad permanente en términos de la póliza de accidentes personales. Finalmente, señaló que de acuerdo con las condiciones generales del contrato numeral 6, la edad máxima para contratar era de 65 años y el accionante, al entrar en vigencia la póliza contaba con 72 años de edad.

Entre los anexos allegó el contrato de seguro, en el cual se lee:

- Póliza AA000407, Tomador, Transportes Flota Cambulos S.A., asegurado Ana Genoveva Ortiz de Gutiérrez, beneficiario Sandra Janneth Rojas Sánchez.

- Descripción del riesgo: Ciudad: Ibagué, Departamento: Tolima; Dirección Calle 28 A AD-06 Piso 2; Canal de venta: directo; Placa Única: WTP-749.

- Coberturas y valor asegurado: Muerte accidental e incapacidad permanente, valor asegurado, en ambos casos \$33.0.

- “Los amparos anteriores tienen limitada su cobertura al ejercicio de la labor del conductor, lo que significa que en el evento de presentarse un siniestro, sería necesario la presentación del croquis, tarjeta de operación del conductor, licencia de conducción, documentos que acrediten la cotización al SGSSS, entre otros; de tal forma que se valide la situación del vínculo laboral del conductor con el tomador” (Negrillas fuera de texto).

4.6. DECISIÓN JUDICIAL QUE SE REVISA

4.6.1. Primera instancia

Mediante sentencia del 11 de octubre de 2016, el Juzgado Once Civil Municipal de Ibagué (Tolima) negó el amparo deprecado, sin embargo, sustentó su fallo en la improcedencia de la acción de tutela. Puntualmente, señaló que al accionante le asisten otros medios ordinarios de defensa judicial para reclamar el amparo deprecado, los cuales son idóneos para desatar la controversia planteada por el accionante. Igualmente, destacó que el actor realizó la reclamación en tiempo para obtener el pago de lo pretendido.

4.6.2. Impugnación

Por medio de escrito presentado el 18 de octubre de 2016 en el juzgado de primera instancia el accionante impugnó el fallo. Lo anterior, al considerar que se desconoció el marco jurídico aplicable, en su consideración el Código de Trabajo y el Código de Transporte. Aunado a ello, se descuidó su delicado estado de salud, como consecuencia del cual padeció un infarto cerebral y fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 62.50%. Situación esta última que incluso dio lugar al pago del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

4.6.3. Segunda instancia

A través de sentencia dictada del 22 de noviembre de 2016 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), se confirmó el fallo de primera instancia bajo los mismos argumentos. Puntualmente, señaló que existen otros medios de defensa judicial y no se demostró la existencia de un posible perjuicio irremediable. Lo anterior por cuanto el contrato de seguro es un asunto que debe estudiarse por la jurisdicción ordinaria, bajo el marco jurídico que impone el Código de Comercio.

4.7. TRÁMITE EN SEDE DE REVISIÓN DE TUTELA

Una vez seleccionado el proceso de la referencia y puesto a disposición de esta Sala de Revisión, el suscrito Magistrado Sustanciador, mediante Autos del 16 de mayo y 9 de junio de 2017, en procura de aclarar los elementos fácticos que motivaron la tutela y lograr un mejor proveer, solicitó diferentes elementos probatorios a las partes.

4.7.1. La empresa Equidad Seguros O.C. señaló que “el señor Ernesto Sánchez para la fecha del siniestro se desempeñaba como conductor del vehículo de placas WTP-749, propiedad de la señora Ana Genoveva Ortiz De Gutiérrez, el cual fue amparado por la póliza de accidentes personales AA000407 de Bogotá, Centro, en virtud del Decreto 1047 de 2014 (...).” En consecuencia, este “por ser el conductor del vehículo al momento del siniestro, se encontraba dentro de la póliza de accidentes personales AA000407”. Sin embargo, el contrato de seguros no se ejecutó, debido a que no cumplía con la edad máxima para ingresar a la póliza, pues para entonces, conforme con su cédula contaba con 72 años y, adicionalmente, sus padecimientos no se encuentran dentro de la cobertura.

4.7.2. La señora Ana Genoveva Ortiz de Gutiérrez, por medio de oficio enviado el 10 de julio de 2017 a esta Corporación, señaló que contrató al señor Ernesto Sánchez para el manejo del taxi identificado con placas WTP-749, sin embargo, desde el accidente por este padecido el 6 de octubre de 2015 y las secuelas de salud que este le ocasionó, finalizó el vínculo laboral.

II. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DECISIÓN

1. Competencia

A través de esta Sala de Revisión, la Corte Constitucional es competente para examinar las sentencias proferidas dentro de los procesos de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico

De acuerdo con las situaciones fácticas expuestas y las decisiones de instancia mencionadas, le corresponde a la Sala Cuarta de Revisión determinar si las entidades bancarias y aseguradoras accionadas vulneraron el derecho fundamental al mínimo vital y a la dignidad humana de los accionantes al no hacer efectivas las pólizas por estos contratadas bajo argumentos consistentes en: (i) la preexistencia y reticencia por parte de los asegurados al momento en que suscribieron los respectivos contratos de seguro (expedientes T-6.017.645, T-6.021.578 y T-6.059.890) y (ii) el incumplimiento del requisito de edad y no cobertura de la póliza sobre la contingencia que fundamenta la solicitud (expediente T-6.063.467).

Para resolver el problema jurídico planteado se procederá a estudiar, principalmente, los siguientes temas: (i) procedencia de la acción de tutela en el marco de los contratos de seguros, presentada por sujetos de especial protección constitucional contra entidades financieras, bancarias y aseguradoras; (ii) el contrato de seguros, naturaleza jurídica y límites desde el marco jurídico constitucional. Reiteración de jurisprudencia; (iii) la reticencia y preexistencia en el contrato de seguro como causales de exclusión en el pago de las pólizas de seguros; (iv) la pérdida de la capacidad laboral en el sistema jurídico colombiano; y, finalmente, se resolverán los (v) casos concretos.

3. Procedencia de la acción de tutela en el marco de los contratos de seguros, presentada por sujetos de especial protección constitucional contra entidades financieras, bancarias y aseguradoras

3.1. Legitimación por activa

Según el artículo 86 de la Constitución, la acción de tutela es un mecanismo judicial preferente y sumario, al que puede acudir cualquier persona cuando sus derechos fundamentales resulten vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o por los particulares en los casos señalados en la ley. En este sentido, el

artículo 10° del Decreto 2591 de 1991, “Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política”, establece lo siguiente:

“La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquier persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos. También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no esté en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud. También podrá ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”

En este sentido, por medio de la Sentencia T-176 de 2011, se precisó que se estima configurada la legitimación por activa cuando: (i) La tutela es ejercida directamente y en su propio nombre por la persona afectada en sus derechos. En este sentido cabe destacar que la mayoría de edad no es un requisito para su ejercicio, debido a que no se previó una exigencia al respecto constitucional ni legalmente. (ii) La acción se adelanta por el representante legal del titular de los derechos: situación que sucede, por ejemplo, en el caso de los representantes legales de los menores de edad, en caso de incapacidad absoluta, los interdictos y las personas jurídicas. (iii) Se presenta a través de apoderado judicial: evento en el cual el apoderado debe ostentar la condición de abogado titulado y se debe anexar el poder especial o, en su defecto, el poder general respectivo. Los poderes, se presumen auténticos. (iv) La acción es instaurada como agente oficioso: lo que se permite cuando el afectado no tiene la posibilidad de defender sus derechos por su propia cuenta. De ello se debe dejar constancia en el expediente o si del escrito de tutela se desprende la imposibilidad del titular del derecho de acudir en su propio nombre para su defensa, el juez puede hacer la interpretación de que se acude como agente oficioso. Situación que sucede, por ejemplo, con un enfermo grave, un indigente, o una persona con incapacidad física o mental. (v) La acción se promueve por el Defensor del Pueblo, los personeros municipales y el Procurador General de la Nación, en el ejercicio de sus funciones constitucionales y legales.

3.2. Legitimación por pasiva

En el marco de un contrato de seguros el sujeto pasivo se puede componer por entidades financieras, bancarias y aseguradoras. Estas entidades se encargan del manejo, aprovechamiento e inversión de gran afluencia de recursos captados de la población, por ende, involucra una actividad de interés público y, por consiguiente, una responsabilidad social elevada.

En virtud de ello, la Constitución Política determina en el artículo 333 que la actividad económica y la iniciativa privada pueden ser ejercidas libremente, siempre que respeten los límites del bien común. De ahí que, cuando las empresas abusen de su posición dominante, el Estado debe intervenir; al efecto el artículo 335 Superior establece que “las actividades financieras, bursátiles y aseguradoras”(…) son de interés público y sólo pueden ser ejercidas previa autorización del Estado, conforme a la ley (…)”.

3.3. Subsidiariedad

La acción de tutela (i) se torna improcedente cuando existen otros medios de defensa judiciales idóneos y eficaces para la protección de los derechos fundamentales; (ii) cuando tales medios existan, pero se evidencia la posible configuración de un perjuicio irremediable, el amparo se ordena de forma transitoria; y (iii) ante la inexistencia de mecanismos judiciales para la protección de los derechos fundamentales deprecados, la procedencia resulta definitiva.

3.3.1. Improcedencia por mecanismos judiciales idóneos y eficaces: el mecanismo judicial

resulta idóneo cuando (i) éste se encuentre regulado para resolver la controversia judicial y (ii) permita la protección de las garantías superiores. La eficacia se relaciona con la oportunidad de esta protección.

En cuanto a los recursos ordinarios procedentes, cabe destacar que ante la inconformidad generada por un contrato de seguros, el consumidor financiero puede acudir ante la Superintendencia Financiera por medio de una queja o mediante la acción de protección al consumidor, conforme se explica a continuación:

(a) En el primer caso, se trata de un mecanismo de carácter administrativo a cargo de la Superintendencia Delegada para la Protección al Consumidor Financiero y Transparencia y debe ser atendida y resuelta por la Dirección de Protección al Consumidor Financiero. La queja es un mecanismo para activar las funciones de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia, sin embargo, no implica la definición del conflicto jurídico, motivo por el cual, esta entidad, mediante concepto del 24 de julio de 2011 rendido a esta Corporación, advirtió que este trámite “no es la vía jurídica correcta para atenderlo ya que todo aquello relacionado con (la) actividad contractual y las divergencias suscitadas en la ejecución de un contrato” deben definirse en sede judicial. Adicionalmente, en este concepto se señaló que el término para resolver las quejas, si bien de acuerdo con el Sistema de Gestión Integral para el Proceso de Atención de Quejas o Reclamos, deben resolverse en 180 días después de su radicación, lo cierto es que se agota dependiendo de la complejidad del caso concreto y del acervo probatorio allegado. E, igualmente se precisó que las quejas no son un prerequisite para iniciar el proceso ordinario correspondiente.

(b) Las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera fueron reconocidas en virtud del artículo 116 de la Constitución Política, estas funciones jurisdiccionales fueron reguladas mediante la Ley 1480 de 2011, artículos 57 y 58, la cual incorporó la acción de protección al consumidor, mecanismo a través del cual se busca solucionar las controversias contractuales de naturaleza aseguradora y cualquier otra relacionada con el manejo,

aprovechamiento e inversión de los recursos captados del público. En este escenario, el proceso a seguir es aquel de naturaleza verbal o verbal sumario según la cuantía, según el artículo 390 de la Ley 1564 de 2012; por consiguiente, las etapas y la duración del proceso adelantado por la Superintendencia en ejercicio de la acción de protección al consumidor financiero se sujetan a las definidas en este tipo de procesos.

Ahora bien, debido a la existencia de otros medios ordinarios de defensa judicial, por regla general, la acción de tutela resulta improcedente en el marco de un contrato de seguros. Sin embargo, cuando se acuda a la acción de tutela alegando la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, el juez constitucional deberá considerar la idoneidad y eficacia de tales mecanismos judiciales. En cada caso concreto se debe analizar si la queja o la demanda ante la Superintendencia financiera satisfacen la protección efectiva e idónea de los derechos fundamentales de una persona de especial protección constitucional cuyo mínimo vital y, por ende, su dignidad humana se ve amenazada. Teniendo en cuenta que, primero, en el caso de las quejas el resultado no es de carácter definitivo, no existe un término perentorio para resolverse y que, incluso, la misma Superintendencia reconoce que este no es el mecanismo idóneo para resolver conflictos de esta naturaleza. Y, segundo, que el proceso jurisdiccional que puede adelantarse ante esta entidad, comprende los mismos términos y etapas procesales que se manejan en el proceso ordinario.

Siguiendo esta línea, se recuerda que un contrato de seguros puede celebrarse entre personas jurídicas con posiciones socio-económicas equivalentes o asimétricas. En el segundo caso, el desbalance del sinalagma puede implicar un desequilibrio en la relación contractual ocasionando un estado de indefensión, situación que permite prescindir de la vía ordinaria y admitir la acción de tutela de manera excepcional: “la relevancia iusfundamental de una controversia entre particulares es directamente proporcional al grado de asimetría de los sujetos involucrados y a la importancia constitucional de los bienes, derechos, pretensiones, expectativas o intereses que se encuentran en juego en la relación de la que se trate”. Se recuerda que los ciudadanos cuando acuden al servicio brindado por las entidades aseguradoras, otorgan un voto de confianza consistente en que “(...) la

aseguradora asuma su responsabilidad cuando ocurra el siniestro. Por ello, las razones por las cuales las entidades aseguradoras deciden no pagar las pólizas de seguro, deben contar con suficiente fundamento jurídico especialmente en aquellos eventos en que el pago de la póliza incida en el ejercicio y goce de los derechos fundamentales”.

Ahora bien, para determinar la existencia de una relación contractual asimétrica en la cual resulte procedente la tutela, se han identificado al menos dos criterios: el primero, que se trate de una persona de especial protección constitucional y, el segundo, que su derecho fundamental al mínimo vital se encuentre afectado.

a) Sujetos de especial protección constitucional: en virtud del artículo 13 Constitucional, no es posible dar un trato igual a personas en condiciones diferentes, en consecuencia, se ha reconocido que existen sujetos de especial protección constitucional, como los menores de edad, las personas en condición de incapacidad, los adultos mayores, los menores de edad o las mujeres embarazadas.

Para estas personas, la renuencia de las aseguradoras a hacer efectivas las pólizas, los puede exponer a situaciones socioeconómicas complejas, que pueden resultar ostensiblemente extenuantes e invasivas de su esfera personal. Por consiguiente, las acciones ordinarias, las cuales involucran términos extensos y costos elevados, pueden repercutir en su vida digna, razón por la cual se ha considerado que “el juez constitucional debe ser más flexible, con el fin de ajustar el pronunciamiento a los postulados de igualdad material que exigen un tratamiento especial a las personas en condición de debilidad manifiesta”.

Lo anterior no implica que el juez constitucional declare la improcedencia de la tutela, a pesar de tratarse de un sujeto de especial protección constitucional si luego de un análisis integral evidencia que el accionante, cuenta con suficientes recursos económicos y la

solidaridad de su núcleo familiar para cumplir sus obligaciones contractuales y acudir a los mecanismos ordinarios de defensa judicial, sin que con ello resulten afectadas sus garantías fundamentales.

b) El derecho fundamental al mínimo vital: esta garantía superior se encuentra ligada inescindiblemente a la dignidad humana. Tiene un carácter cualitativo y cuantitativo que debe analizarse en cada caso concreto. Entre los criterios a tener en cuenta están los ingresos mensuales destinados a la financiación de las necesidades básicas, como son “la alimentación, la vivienda, el vestido, el acceso a los servicios públicos domiciliarios, la recreación, la atención en salud, prerrogativas cuya titularidad es indispensable para hacer efectivo el derecho a la dignidad humana, valor fundante del ordenamiento jurídico constitucional”.

De resultar amenazado o vulnerado el derecho fundamental al mínimo vital en virtud de un contrato de seguros, no es posible declarar improcedente la tutela bajo el mero argumento de que el contrato se fundamenta en la libertad contractual y en la lógica de mercado delimitada por el clausulado privado, situación que cobra especial relevancia cuando el afectado se encuentra en condición de especial protección constitucional.

Se recuerda que estamos en un Estado Social de Derecho en el cual “(a) partir de una perspectiva constitucional, debe precisarse que así como ocurre con los derechos de los consumidores y aquellos que son propios del ámbito comercial, también los derechos fundamentales deben atenderse y respetarse al momento de suscribir un contrato de seguro, puesto que en muchos eventos, los tomadores se ven en la necesidad de adquirir créditos para la satisfacción de necesidades básicas como educación o vivienda digna, pero el acaecimiento de un siniestro les ubica en una condición de incapacidad productiva que, junto a las deducciones de las cuotas del crédito, puede terminar por afectar ostensiblemente el ejercicio de sus derechos constitucionales. Por esta razón, la jurisprudencia constitucional ha establecido que frente a las personas en estado de vulneración o indefensión existe un deber

constitucional en cabeza de entidades financieras y bursátiles, que les impone la necesidad de ser solidarios y considerar la condición apremiante que puede estar afrontando el tomador, pues su desatención podría generar una afectación a los derechos fundamentales de la persona y provocar el acaecimiento de un perjuicio irremediable” (negrilla fuera de texto).

3.3.2. Existencia de un perjuicio irremediable: cuando la tutela se presenta para evitar la configuración de un perjuicio irremediable, el perjuicio alegado debe ser “(i) inminente, es decir, que se trate de una amenaza que está por suceder prontamente; (ii) grave, esto es, que el daño o menoscabo material o moral en el haber jurídico de la persona sea de gran intensidad; (iii) las medidas que se requieren para conjurar el perjuicio irremediable sean urgentes; y (iv) la acción de tutela sea impostergable a fin de garantizar que sea adecuada para restablecer el orden social justo en toda su integridad”.

3.3.3. Inexistencia de un mecanismo de defensa judicial: se presenta cuando en nuestro marco jurídico no se encuentra determinado un mecanismo ordinario de defensa judicial para la protección de los derechos fundamentales que se alegan amenazados o vulnerados.

3.4. Inmediatez

La finalidad de la acción de tutela es garantizar una protección efectiva, actual y expedita frente a la transgresión o amenaza inminente de un derecho fundamental, motivo por el cual, entre la ocurrencia de los hechos en que se funde la pretensión y la presentación de la demanda, debe haber transcurrido un lapso razonable. En el evento en que no se cumpla con el requisito de inmediatez, se puede causar inseguridad jurídica frente a situaciones ya consolidadas, con lo que, a su vez, se puede afectar a terceros sobre los cuales recaiga la decisión e incluso el juez constitucional podría estar acolitando una conducta negligente de quienes se consideran afectados en sus derechos fundamentales.

4. El contrato de seguros, naturaleza jurídica y límites desde el marco jurídico constitucional. Reiteración de jurisprudencia

El contrato de seguros es de naturaleza privada, depende de la voluntad de las partes. Su finalidad, reside en el mayor grado de prevención posible frente a daños a su integridad física, salud, patrimonio, bienes y demás factores que afectan su existencia. Este, se rige por los parámetros constitucionales anteriormente mencionados, especialmente, artículos 333 y 335 Superiores y, legalmente, su marco jurídico base se encuentra en el Título V del Libro IV del Código de Comercio. La Corte Suprema de Justicia lo ha definido como aquel en virtud del cual “una persona -el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, (denominada siniestro) a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta”.

Por lo general, el estudio de los contratos de seguros que han sido objeto de estudio por parte de esta Corporación han sido los seguros de vida, entre estos, aquellos de tipo individual, colectivo, grupo, accidentes personales, de que trata la Sección II del Capítulo III del Título V del Libro 4° del Código de Comercio, en atención a que se encuentran involucrados especialmente con la persona en sí misma considerada. A continuación se procede a hacer una breve referencia a las características del contrato, sus elementos esenciales, la póliza como instrumento de materialización, las cláusulas y la prescripción para el reclamo de las obligaciones.

4.1. Características del contrato:

Las partes del contrato son, por un lado, el “asegurador”, es decir, quien asume los riesgos y debe pagar la obligación ante la ocurrencia del siniestro en concordancia con las cláusulas

del contrato y el marco jurídico correspondiente. Por otro, el “tomador”, quien por cuenta propia o ajena traslada los riesgos al asegurador, le corresponde el pago de la prima de acuerdo con lo pactado en el contrato. Adicionalmente, puede existir un “tercero determinado o determinable” quien tiene la posibilidad de contratar el seguro, a quien se denomina asegurado. En este escenario, “al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada”.

El contrato de seguro es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva:

a. Consensual: se perfecciona y nace a la vida jurídica solo con el consentimiento de las partes. Es decir, desde que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador.

b. Bilateral: la obligación contraída es recíproca. El tomador se compromete a pagar la prima y, en contraste, el asegurador debe asumir el riesgo y, en caso de ocurrir el siniestro, pagar la indemnización.

c. Oneroso: el tomador se encuentra a cargo del gravamen consistente en el pago de la prima. La entidad aseguradora debe pagar la indemnización en caso de ocurrir el siniestro y conforme con las particularidades del contrato realizado.

d. Aleatorio: la obligación de las partes, asegurador y asegurado, está sujeta a la eventual ocurrencia del siniestro.

e. Ejecución sucesiva: las obligaciones contraídas no implican actuaciones instantáneas, se

desenvuelven continuamente hasta que culminan.

4.2. Elementos esenciales

El contrato de seguros se compone de cuatro “elementos esenciales”, en ausencia de cualquiera de los cuales no produce efecto alguno: (i) el interés asegurable, (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro; y (iv) la obligación condicional del asegurador.

(i) Interés asegurable: el interés debe ser lícito y susceptible de estimación en dinero. Tiene interés asegurable quien tenga un patrimonio que pueda resultar afectado, directa o indirectamente, por la ocurrencia de un riesgo. Todas las personas tienen interés asegurable en a) su propia vida; b) en la de las personas a quienes legalmente puedan reclamar alimentos; y c) en la de las personas cuya muerte o incapacidad le puedan implicar perjuicios económicos, aunque éste no sea susceptible de una evaluación cierta.

(ii) El “riesgo asegurable” permite identificar el siniestro, definir las obligaciones para las partes, la forma de ejecución del contrato y el valor de la prima del seguro. Se comprende como un a) suceso incierto; b) su ocurrencia no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, según sea el caso; c) su realización da origen a la obligación del asegurador. En contraste, no son parte del contrato de seguros a) los “hechos ciertos”, a excepción de “la muerte, y los físicamente imposibles”; b) “la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”; c) “el dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario”; tampoco es posible amparar al asegurado contra las sanciones de carácter penal o policivo.

Conforme con el artículo 1072 del Código de Comercio, “se denomina siniestro la realización

del riesgo asegurado”.

(iii) La “prima o precio del seguro” comprende la suma o importe a cuyo pago se compromete el tomador para obtener la cobertura del riesgo. Su monto lo determina la entidad aseguradora con base en el riesgo asegurado.

(iv) La “obligación condicional del asegurador” conforme con esta se establecen los siniestros que hacen efectiva la póliza. Por consiguiente, la entidad aseguradora no está obligada a pagar cualquier perjuicio, sólo se compromete a la indemnización en aquellos eventos discriminados y seleccionados al momento de realizar el contrato.

4.3. Prescripción

La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen pueden ser ordinarias o extraordinarias. La primera, “será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción”. La segunda, es de “cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho”.

4.4. Cláusulas del contrato

Para determinar el alcance del contrato de seguro es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza, los documentos que la integran, y los anexos. Las cláusulas del contrato de seguro son generales y específicas. Las primeras, entendidas como la “columna vertebral de la aseguradora”, se aplican a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador. Los segundos, son aquellos que se elaboran para cada contrato

específico, reflejan la voluntad de las partes, aseguradora, tomadora y asegurado.

La póliza es el “documento contentivo del contrato de seguro”. Entre los documentos adicionales que hacen parte de la póliza se encuentran “1) La solicitud de seguro firmada por el tomador, y 2) Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza”. Cuando las condiciones del contrato no aparezcan pactadas expresamente se entenderán como aquellas que se precisen en el anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Financiera para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.

5. El principio de buena fe, esencia del contrato de seguros

El contrato de seguros es un contrato *uberrimae fidae*, es decir, la eficacia de sus efectos depende del acatamiento a la buena fe. En virtud de ello, este principio se lo ha relacionado con al menos dos preceptos jurisprudencialmente: (i) la integración leal y honesta del clausulado contractual; y (ii) la obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo.

5.1. La integración del clausulado contractual

En desarrollo del principio de la buena fe, las cláusulas del contrato de seguro deben ser estipuladas con claridad, sin vacíos ni ambigüedades, de lo contrario, se entienden contrarias a quien las estipuló. Al efecto, el Código Civil, artículo 1624, establece que “las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”. Por lo general, el contrato de seguros es

estructurado por las entidades aseguradoras, quienes, usualmente, manejan contratos de adhesión y, por ende, imponen el contenido del negocio. En contraste, el consumidor financiero, tiene una exigua participación en la elaboración del contrato, por ende, debe ser protegido. Preceptos con base en los cuales se ha señalado que cuando la aseguradora defina las condiciones del contrato (i) no estipular condiciones indeterminadas, ambiguas o vagas contra los intereses del asegurado; y si las integra, (ii) estas deberán interpretarse a favor del consumidor financiero.

Estos elementos constitucionales se han forjado en torno al principio pro consumatore, cuya finalidad es proteger a los usuarios del contrato y propender por la eliminación de todos los elementos que generan inseguridad en la ejecución del mismo. Principio que asume mayor entidad cuando estén comprometidas garantías fundamentales y sujetos de especial protección constitucional, “en aquellos eventos en los que se pretenda proteger los derechos fundamentales de personas que hayan adquirido pólizas de seguros de vida frente a la posición dominante de las aseguradoras. Esta Corte ha buscado equilibrar las relaciones contractuales cuando hay personas en estado de debilidad manifiesta y por ello ha procedido a realizar interpretaciones a favor de éstas en cláusulas ambiguas del contrato”.

5.1.1. Cláusulas abusivas en el contrato de seguros

A través de la Ley 1328 de 2009, “(p)or la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”, se especificó la prohibición de las cláusulas abusivas en el marco de un contrato de seguros de adhesión con el fin de impedir el abuso de la posición dominante que, por lo general, tiene las aseguradoras respecto a sus usuarios. Puntualmente, se señaló:

“ARTÍCULO 11. PROHIBICIÓN DE UTILIZACIÓN DE CLÁUSULAS ABUSIVAS EN CONTRATOS. Se prohíbe las cláusulas o estipulaciones contractuales que se incorporen en los contratos de

adhesión que: a) Prevean o impliquen limitación o renuncia al ejercicio de los derechos de los consumidores financieros. b) Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor financiero. c) Incluyan espacios en blanco, siempre que su diligenciamiento no esté autorizado detalladamente en una carta de instrucciones. d) Cualquiera otra que limite los derechos de los consumidores financieros y deberes de las entidades vigiladas derivados del contrato, o exonere, atenúe o limite la responsabilidad de dichas entidades, y que puedan ocasionar perjuicios al consumidor financiero. e) Las demás que establezca de manera previa y general la Superintendencia Financiera de Colombia. PARÁGRAFO. Cualquier estipulación o utilización de cláusulas abusivas en un contrato se entenderá por no escrita o sin efectos para el consumidor financiero”.

Preconceptos respecto a los cuales esta Corporación ha señalado que “si bien es cierto que en los contratos de seguros las compañías tienen libres atribuciones para fijar sus cláusulas, no es menos cierto que esta modalidad negocial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta” (negrillas fuera de texto).

Así las cosas, las cláusulas del contrato de seguro deben obedecer a la buena fe y, por consiguiente, se deben redactar con claridad, sin vacíos ni ambigüedades, so pena de que las consecuencias negativas derivadas del incumplimiento de este deber sea asumido por quien las estipuló. Por regla, quien define el contenido de este acuerdo de voluntades son las aseguradoras, las cuales, en acatamiento del principio pro consumatore, deben eliminar todos los elementos que generen inseguridad para el usuario en la ejecución de las obligaciones y deben abstenerse de incurrir en cláusulas abusivas. Adicionalmente, cuando el contrato involucre derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, en algunas ocasiones, la interpretación del contrato se ha tornado dúctil, en procura de

garantizar la prevalencia de sus garantías superiores.

5.2. La obligación del tomador o asegurado de declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo. Preexistencia y reticencia en el contrato de seguros. Reiteración de jurisprudencia

En virtud del principio de la buena fe y siguiendo el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con diligencia y sinceridad los hechos que determinan el riesgo al celebrar el contrato. La información brindada por el adquirente del contrato comprende una obligación precontractual. Esta debe suministrarse conforme las instrucciones de la aseguradora, la cual puede escoger un cuestionario abierto o cerrado, que en todo caso debe ser claro y carente de tecnicismos. Por su parte, la aseguradora debe investigar el estado del riesgo, para lo cual puede, por ejemplo, requerir exámenes médicos al usuario. Este estudio se centra en aquellas circunstancias que impliquen definir la realización del contrato, la onerosidad y las exclusiones del mismo, entre otros particulares.

Ahora bien, cuando la información dada por el tomador o asegurado resulte errónea, el artículo 1058 del Código de Comercio prevé dos escenarios. El primero derivado de la “reticencia o inexactitud” la cual puede ser sancionada (i) en caso de mala fe, con la nulidad relativa del contrato por el vicio en el consentimiento de la aseguradora; (ii) con la disminución en el pago de la obligación, cuando la información equívoca provenga de un “error inculpable” del adquirente, a fin de garantizar el equilibrio del contrato. Sin embargo, en este último escenario, cuando han transcurrido dos años desde la expedición de la póliza la aseguradora no puede reducir el monto de la prestación.

Cabe destacar en el caso de los seguros de vida que la inexactitud respecto de la edad en la declaración de asegurabilidad, se sujeta a lo siguiente, conforme con el artículo 1161 del Código de Comercio: “1) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa del asegurador, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058; 2)

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

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

Bajo el artículo en comento, ninguna de las sanciones mencionadas podrán ser aplicadas cuando la aseguradora, antes de celebrar el contrato (i) ha conocido o (ii) debido conocer los hechos sobre los que versan los vicios de la declaración o, (iii) en caso de haberlos conocido, posteriormente las subsane mediante su aceptación expresa o tácita. Así entonces, la aseguradora tiene el deber de consignar en el texto de la póliza, clara y expresamente, las exclusiones o preexistencias que resulten de lo informado por el usuario y de su investigación. Frente a estas, la entidad si así lo dispone no contrae obligaciones. Lo que implica que no “pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado”.

Siguiendo lo anterior se advierte que la “preexistencia, no siempre es sinónimo de reticencia”. La reticencia se encuentra relacionada con la mala fe al momento de declarar los hechos o circunstancias que definen el riesgo. Mientras la preexistencia puede definirse con certeza antes de la celebración del contrato. Siguiendo la Sentencia T-222 de 2014, respecto a las diferencias entre la preexistencia y la reticencia es dable advertir lo siguiente:

“la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades (...). En criterio de esta Sala, la preexistencia puede ser eventualmente una manera de reticencia. Por ejemplo, si una persona conoce un hecho anterior a la celebración del contrato y sabiendo ésto no informa al asegurador dicha

condición por evitar que su contrato se haga más oneroso o sencillamente la otra parte decida no celebrar el contrato, en este preciso evento la preexistencia sí será un caso de reticencia. Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad. Ahora bien, ¿quién debe probar la mala fe? En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto) . Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presenten la reclamación, alegar la reticencia. En criterio de esta Sala, no es posible permitir esta interpretación pues sería aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe. En síntesis, la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso

(iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

En resumen, (i) el adquirente debe informar los hechos o circunstancias de los que tenga conocimiento al momento de celebrar el contrato, como enfermedades o síntomas de las mismas, de acuerdo con un cuestionario que realice la entidad, el cual debe ser claro y carente de ambigüedades; (ii) la aseguradora debe investigar con base en esta información el estado de salud del paciente, por ejemplo, solicitando exámenes médicos recientes a sus usuarios o consultando la historia clínica; (iii) las preexistencias deben quedar consignadas en el contrato, so pena de ser ambigüedades o vacíos que no pueden alegarse para negar el pago de la póliza o reducir el monto de la obligación; (iv) la reticencia se presenta cuando 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 riesgo; (v) las aseguradoras deben demostrar la mala fe por ser quienes definen la trascendencia de los hechos en la celebración o aumento de la onerosidad del mismo; (vi) de constatarse la reticencia, debe existir un nexo causal entre esta y el siniestro, evento en el cual puede haber lugar a la nulidad relativa del contrato; (vii) las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes o, aun así, las subsane mediante su aceptación expresa o tácita. Situación que se presenta cuando no realizan las labores investigativas que les asisten. En criterio de la Corte Suprema de Justicia “resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud “debidamente autorizada” por la ley para asumir riesgos, renuncia a efectuar valoraciones una vez es enterado de posibles anomalías, o deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”.

6. Fecha de estructuración de la invalidez en el ordenamiento jurídico colombiano

En el caso de los contratos de seguro que amparen el riesgo de invalidez, por regla general, las aseguradoras han requerido que la pérdida de capacidad laboral esté calificada en un porcentaje igual o superior al 50%. Este porcentaje se determina, por regla general, por “Colpensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte y las Entidades Promotoras de Salud EPS”. Igual competencia le asiste a la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional para definir la pérdida de capacidad laboral de “los miembros de la fuerza pública, alumnos de las escuelas de formación y sus equivalentes en la policía nacional”, de acuerdo con el Decreto 1796 de 2000.

La fecha de estructuración, según el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, responde a los siguientes criterios: (i) se determina teniendo en cuenta el momento a partir del cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral u ocupacional, ya sea por una enfermedad o accidente (de acuerdo con “la evolución de las secuelas”); (ii) debe fundamentarse en la historia clínica, los exámenes médicos y de ayuda diagnóstica o, en su defecto, en la historia natural de la enfermedad; (iii) puede ser anterior o corresponder a la fecha en que se declare la pérdida de la capacidad laboral; (iv) debe estar argumentada por el calificador, de lo cual se debe dejar constancia en la correspondiente determinación y (v) no depende de que el solicitante se encuentre laborando y cotizando al Sistema de Seguridad Social Integral.

Respecto al primer criterio, esto es, que la fecha de estructuración de invalidez se determine a partir del momento en el cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral, se destaca que el criterio esencial comprende la pérdida definitiva y permanente de la capacidad laboral. Motivo por el cual, la pérdida de capacidad laboral puede ser instantánea, cuando, por ejemplo, obedece a un accidente; o paulatina, situación que se presenta, por lo general, en el caso de pacientes diagnosticados con enfermedades degenerativas, crónicas o congénitas.

Comúnmente, esta última circunstancia ha sido conocida por la Corte Constitucional a través de la pérdida de capacidad laboral residual, frente a la cual, siguiendo lo dicho, una persona a pesar de estar diagnosticada con una enfermedad degenerativa, crónica o congénita, conserva su capacidad laboral. Al efecto, se ha señalado que “la fecha de estructuración debe entenderse como aquella en la que se concreta el carácter de permanente y definitivo que impiden que la persona desarrolle cualquier actividad laboral y continúe cotizando, y no la señalada retroactivamente en la calificación, pues [ello] sólo indica cuando se presentaron los primeros síntomas”.

Siguiendo este parámetro, cuando se evidencia que la pérdida de capacidad laboral se estructura en una fecha que dista de la señalada en el dictamen emitido por la entidad calificadora, la Corte Constitucional ha señalado, con fundamento en la pérdida de capacidad laboral permanente y definitiva, diferentes criterios a partir de los cuales se ha presumido y definido la pérdida de capacidad laboral. Por ejemplo, se ha determinado como fecha de estructuración aquella en la cual se realizó la última cotización, la fecha en la que se realizó el dictamen de pérdida de capacidad laboral e, incluso, con fundamento en la fecha en la cual se solicitó el reconocimiento de la pensión de invalidez. En todo caso, el núcleo esencial de estos criterios radica en que la persona, por sus padecimientos, no pueda continuar desempeñándose laboralmente.

7. Casos concretos

7.1. Expediente T-6.017.645. Eliana Rocha González y otros, contra Aseguradora Solidaria de Colombia

7.1.1. Conforme con los elementos fácticos recaudados en el expediente, las accionantes, señoras Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, son mujeres de escasos recursos económicos. Los ingresos mensuales de cada una son de aproximadamente

\$340.000 y devienen del cultivo de arroz sembrado en una parcela que les dejó como herencia su padre, Reinaldo Rocha Chacón. En particular, Eliana es madre cabeza de familia, su núcleo familiar está compuesto por 3 menores de edad, dos hijos de 17 y 10 años de edad y una nieta de 4 meses; Milena está a cargo de su hijo de 13 años, diagnosticado con Leucemia Linfoblástica Aguda desde hace 4 años; y Leydi es menor de edad, tiene 17 años, se encuentra estudiando y depende económicamente de su madre quien carece de recursos económicos. Todas están afiliadas al régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud.

El padre de las accionantes adquirió un crédito hipotecario con la Cooperativa de Ahorro y Crédito San Miguel (Coofisam) por valor de \$25.000.000, el cual fue aprobado el 4 de junio de 2015. La garantía versó sobre el “inmueble Lote 5 Manzana 10, ubicado en la Calle 27 No. 13 - 27, Barrio Alfonso López, Campoalegre (Huila), con casa de habitación”. Para respaldar la deuda este adquirió con la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000005, con vigencia desde el 1º de marzo de 2016 y el 1º de marzo de 2017. Los amparos sobre los cuales se realizó la póliza fueron “muerte” e “incapacidad total y permanente”, y su objetivo consistía en el pago insoluto de la deuda. La suma asegurada fueron \$150.000.000, valor máximo asegurable por esta póliza.

El 30 de marzo de 2016, estando en curso el pago del crédito y vigente la póliza adquirida, el señor Reinaldo Rocha Chacón falleció, motivo por el cual, el 10 de mayo de 2016, se llevó a cabo la liquidación de la sucesión. A sus hijas les fue adjudicado el inmueble anteriormente mencionado, sobre el cual recae el crédito hipotecario. En virtud de lo anterior, Coofisam solicitó a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda hacer efectiva la póliza por haber acaecido la muerte del asegurado, solicitud negada mediante oficios del 26 de mayo y 8 de julio de 2016, bajo el argumento de que éste, al diligenciar la declaración de asegurabilidad, solo informó que padecía diabetes mellitus, pero no así hipertensión arterial, la cual se le diagnosticó desde el 2007, conforme con su historia clínica, por consiguiente, incurrió en reticencia. Aunado a ello, en el formulario se preguntó si el demandante “¿ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?”, a lo que este respondió negativamente.

En virtud de lo anterior, se intentó realizar un acuerdo de pago entre Coofisam y las accionantes y, ante su fracaso, el 29 de noviembre de 2016 esta empresa inició en su contra un proceso ejecutivo que correspondió por reparto al Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila), quien dictó orden de embargo y secuestro sobre el lote anteriormente mencionado y, la inscripción del embargo, mediante autos del 13 de enero y 27 de abril de 2017.

El inicio de este proceso ejecutivo comenzado por Coofisam contra las accionantes fue puesto en conocimiento de esta Sala en el transcurso del proceso de revisión, por parte de las demandantes, quienes, además, informaron que tuvieron conocimiento de este con posterioridad a la presentación de la tutela. En consecuencia, esta Sala, mediante Auto del 17 de julio de 2017, ordenó al Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila), la suspensión de este proceso, en procura de garantizar la economía y celeridad procesal, así como la eventual protección que les asiste a las accionantes.

7.1.2.1. Legitimación por activa: La acción de tutela fue presentada en nombre propio por Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, en procura de salvaguardar sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana. Leydi Dayana Rocha Ortiz tiene 17 años. En nuestro ordenamiento jurídico la mayoría de edad no es un requisito para el ejercicio de la acción de tutela. En este sentido, se ha señalado que “(l)a edad no constituye un factor diferenciador ni limitante frente a su ejercicio, por cuanto no existe una exigencia expresa sobre la mayoría de edad para presentarla, lo que permite que los niños puedan tramitar pretensiones a través de acción de tutela sin que, para ello, requieran actuar a través de sus padres o representantes legales”. En todo caso, su madre y representante legal, la señora Leyda Ortiz, en sede de revisión, se manifestó ante esta Sala en procura de que se declare el amparo deprecado por la adolescente. En consecuencia, al igual que sus hermanas, Leydi Dayana Rocha Ortiz se encuentra legitimada para actuar.

7.1.2.2. Legitimación por pasiva: La Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda y Coofisam se encuentran legitimadas por pasiva en la presente causa por cuanto, primero, presuntamente están vulnerando los derechos fundamentales de las accionantes, quienes no se encuentran en iguales condiciones por su capacidad económica y ser madres cabeza de familia en los dos primeros casos y persona menor de edad en el último. Segundo, debido a que se trata de empresas aseguradoras y bancarias y, como tal, se encargan del manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público, servicio público en ejercicio del cual deben respetar los límites de orden constitucional, entre estos, los derechos fundamentales de las demandantes.

7.1.2.3. Subsidiariedad: Actualmente, contra las accionantes, Coofisam adelanta un proceso ejecutivo en razón al saldo del crédito adquirido por su padre, debido a que la aseguradora accionada objetó el pago de la póliza contratada para respaldar la deuda. Dentro del proceso ejecutivo, se libró orden de embargo y secuestro frente al inmueble en el cual las accionantes tienen un cultivo de arroz, dejado como herencia por su padre, por medio del que obtienen, cada una, un ingreso mensual correspondiente a \$340.000, y en el que se encuentra la casa de habitación de una de las demandantes, Eliana Rocha González, madre cabeza de familia a cargo de 3 menores de edad. En consecuencia, si bien existen otros medios ordinarios de defensa judicial para debatir la controversia surgida en torno al contrato de seguro, lo cierto es que estos no resultan idóneos ni eficaces, pues no permiten una respuesta cierta ni oportuna para la protección requerida por las demandantes.

7.1.2.4. Inmediatez: La Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda objetó el pago de la póliza en comento mediante oficios del 26 de mayo y 8 de julio de 2016, y la acción de tutela fue presentada el 22 de julio de 2016, es decir, en menos de un mes después de la última respuesta recibida. Por consiguiente, transcurrió un tiempo razonable entre la demanda y la ocurrencia de los hechos que la fundamentan.

7.1.3. Análisis de fondo

La Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda, entidad accionada, fundamenta la objeción respecto al reclamo de la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005, en que el asegurado, señor Reinaldo Rocha Chacón, al presentar la declaración de asegurabilidad informó que padecía diabetes mellitus, pero no hipertensión arterial, enfermedad que, según su historia clínica, tiene diagnosticada desde el 2007. Es decir, en su criterio, el asegurado incurrió en reticencia.

Siguiendo la Sentencia T-222 de 2014 se recuerda que “la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”. En cualquier caso “la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades”.

En consecuencia, para que la Aseguradora accionada pudiera alegar reticencia debió demostrar la mala fe del asegurado. Sin embargo, en el presente caso, no se encuentra demostrado que el señor Reinaldo Rocha Chacón hubiese incurrido en ésta ni ocultado a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda que se encontraba diagnosticado con hipertensión arterial desde el 2007, al contrario, tal y como lo señalan sus hijas, puso en conocimiento que

padece diabetes mellitus, enfermedad grave y, al momento de suscribir el contrato (según estas informan y no fue desvirtuado por la aseguradora), esta enfermedad se encontraba controlada, por ende, la presunción de buena fe sobre éste se mantiene.

Respecto a lo anterior, la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda podría alegar, a lo sumo, preexistencia, sin embargo, lo cierto es que en el presente caso este argumento no tiene entidad para afectar la obligación pactada, por cuanto, para ello, debió adelantar las investigaciones pertinentes para estudiar el nivel del riesgo y tuvo que haber consignado tales exclusiones en el clausulado contractual. No obstante, no existe prueba que evidencie que la accionada hubiese solicitado al asegurado exámenes médicos ni siquiera copia de su historia clínica antes de comprometerse a ampararlo ante el riesgo de muerte. Resulta contradictorio que la aseguradora se niegue a hacer efectiva la póliza cuando, como esta misma lo reconoce, en la misma historia clínica del señor Reinaldo Rocha Chacón se encuentra que fue diagnosticado con esa enfermedad desde el 2007. Se recuerda que en el ordenamiento jurídico colombiano a nadie le es posible alegar su propia torpeza, culpa o negligencia.

Esta circunstancia debió corroborarse antes de celebrar el contrato y dejarse sentado en el contrato las exclusiones. Se recuerda que “resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud “debidamente autorizada” por la ley para asumir riesgos (...) deja de auscultar, pudiendo hacerlo, no puede clamar, ex post, que se decrete la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente”. Siguiendo el artículo 1058, inciso 4º del Código de Comercio, las aseguradoras no pueden alegar la nulidad relativa del contrato o la disminución en el pago de la obligación cuando conocen o han debido conocer los hechos o circunstancias preexistentes.

Ahora bien, siguiendo este mismo precedente jurisprudencial y revisadas las cláusulas del contrato, en la declaración de asegurabilidad se preguntaba si “¿ha padecido, padece o es

tratado actualmente de alguna enfermedad diferente?”. Estima esta Sala que esta pregunta puede resultar ambigua, etérea y abstracta ya que exigía al tomador brindar información de la cual no tendría conocimiento exacto sino hasta tanto se realicen los exámenes médicos pertinentes. En este sentido, por medio de la Sentencia T-222 de 2014, advirtió ante una clausula con similares connotaciones, lo siguiente:

“(…) revisadas las cláusulas del contrato, la supuesta declaración de asegurabilidad preguntaba si conocía “cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de otorgamiento de cada crédito?”. Estima esta Corte que esta pregunta es excesivamente ambigua, etérea y abstracta, pues esto sería entregarle al tomador una carga que jamás podría cumplir. Es un exceso eximir a las aseguradoras del pago de una póliza, admitiendo reticencia, cuando estas preguntas llevan a que los asegurados jamás puedan suministrar la información exacta para tomar el seguro (...). Estos cuestionamientos, al ser tan generales, siempre llevarían a los usuarios del sistema asegurador a incurrir en inexactitudes y por ello a ser sancionados con reticencia, lo cual no puede admitir esta Corporación ni nuestro orden constitucional” (negrillas fuera de texto).

Lo anterior asume mayor gravedad si se tiene en cuenta que las accionantes son sujetos de especial protección constitucional, debido a que son personas de escasos recursos económicos, pues dependen de un ingreso mensual de \$340.000.00, el cual obtienen de un cultivo de arroz sembrado en el inmueble dejado por su padre, sobre el cual recae el crédito hipotecario. Aunado a ello, dos de las demandantes, Eliana y Milena Rocha González, son madres cabeza de familia a cargo de menores de edad, uno de ellos diagnosticado con Leucemia Linfoblastica Aguda y, por su parte, Leydi Dayana Rocha Ortiz, es menor de edad, tiene 17 años, se encuentra estudiando y depende económicamente de su madre, quien carece de recursos económicos. Todas están afiliadas al régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud. En su contra cursa un proceso ejecutivo adelantado por Coofisam en virtud del crédito hipotecario, adquirido por su padre, quien, precisamente para evitar un escenario como el que hoy afrontan sus hijas, contrató la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 con la Aseguradora Solidaria de Colombia.

Así las cosas, la accionada no puede alegar reticencia porque no demostró la mala fe del asegurado; ni preexistencia, por cuanto no adelantó las medidas de investigación mínimas para evaluar el nivel del riesgo y, por tanto, las exclusiones no fueron señaladas en el contrato de seguro; no demostró cómo la hipertensión arterial padecida por el asegurado hubiese afectado la onerosidad del contrato; no demostró la relación entre la hipertensión arterial y el siniestro; las accionantes son sujetos de especial protección constitucional y, por ende, el contrato de seguro no puede leerse bajo una hermenéutica restrictiva sino garantista, en procura del respeto por sus derechos fundamentales y la protección de los postulados esenciales del Estado Social de Derecho.

En virtud de lo anterior, se procederá a revocar el fallo proferido el 20 de septiembre de 2016 por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva (Huila), por medio del cual se confirmó la sentencia dictada el 5 de agosto de 2016 por el Juzgado Sexto Civil Municipal de Neiva (Huila) que declaró improcedente el amparo deprecado. En su lugar, se concederá la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana de las accionantes, señora Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz. Por consiguiente, se ordenará a la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 reclamada por las señoras Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Adicionalmente, se ordenará al Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila) que, dentro del proceso ejecutivo adelantado por Coofisam contra las señoras Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz (expediente No. 2016-00411-00), una vez la demandante acredite que la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda hizo efectiva la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 y, por ende, realizó el pago del saldo del crédito, reanude y finalice el proceso ejecutivo.

7.2. Expediente T-6.021.578. Edward Hernando Lancheros Velásquez contra Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA)

Según el acervo probatorio recaudado, el accionante, siendo capitán del Ejército Nacional, fue calificado por la Junta Médica de la Dirección de Sanidad de esa entidad con pérdida de capacidad laboral del 17%, mediante Acta No. 59944 del 2 de mayo de 2013, con el diagnóstico “apnea del sueño”. Posteriormente, fue retirado del servicio y se realizó una nueva calificación de invalidez por la Junta Médica de la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional, que, mediante Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, le determinó 58.28%, en virtud del siguiente diagnóstico:

1. Exposición crónica al ruido que deja como secuela: a) hipoacusia neurosensorial bilateral de 50DB de oído derecho y 60DB de oído izquierdo, bilateral de 55 DB; b) Tinitus Bilateral 2. Vértigo 3. Tunnel del Carpo miembro superior derecho. 4. Tunnel del Carpo miembro superior izquierdo. 5. Discopatía L4-L5. Que deja como secuela dolor lumbar 6. Condromalacia Patlofemoral Bilateral Asociado a Lesión Meniscal de la rodilla derecha que deja como secuela gonalgia bilateral”.

En consecuencia, conforme con esta Acta, sumadas las dos calificaciones, el actor padece, actualmente, 75.28% de pérdida de capacidad laboral.

En virtud de la última calificación, el demandante solicitó hacer efectiva la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743”, contratada con SURA el 29 de abril de 2016, antes de la segunda calificación de pérdida de capacidad laboral. Esta póliza amparaba el riesgo de invalidez acaecida dentro de la vigencia del contrato. La indemnización correspondía al pago de 24 cuotas mensuales de \$400.000.

No obstante, la empresa respondió negativamente la pretensión del demandante, mediante oficios del 29 de agosto y del 12 de octubre de 2016, argumentando, esencialmente, que el actor contaba con una Junta Médica previa, realizada mediante el Acta No. 59944 del 2 de mayo de 2013 y, adicionalmente, la pérdida de capacidad laboral del demandante calificada mediante el Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, obedeció a padecimientos que este tenía antes de contratar el seguro.

7.2.2. Procedencia de la acción de tutela

7.2.2.1. Legitimación por activa: La acción de tutela fue presentada por el accionante, a través de apoderado judicial a quien otorgó poder especial (Cuaderno 1, folios 1 y 2) en procura de salvaguardar sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna, presuntamente vulnerados por la entidad accionada. En consecuencia, se estima legitimado para actuar.

7.2.2.2. Legitimación por pasiva: Seguros Generales Suramericana S.A. (SURA) se encuentra legitimada por pasiva en la presente causa, por cuanto, primero, se le acusa de incurrir en la vulneración de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la vida digna del tutelante; segundo, es una empresa aseguradora la cual ejerce actividades que involucran servicios de interés público a los cuales accedió el accionante mediante la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743”; y, tercero, el demandante se encuentra frente esta empresa en condición de indefensión por cuanto fue calificado con pérdida de capacidad laboral de 75.28% y carece de recursos económicos.

7.2.2.3. Subsidiariedad: El accionante en principio contaría con otros mecanismos ordinarios de defensa judicial para hacer efectiva la póliza “mercado seguro”, sin embargo, estos

carecen de idoneidad y eficacia, por cuanto no permiten la protección oportuna de sus garantías superiores. Lo anterior, por cuanto sus condiciones de salud lo exponen a diario a graves padecimientos que no le permiten una vida digna y, como consecuencia de su pérdida de capacidad laboral no ha podido acceder a un trabajo, por lo que se encuentra afectado ostensiblemente su mínimo vital, situación que en cierto grado se subsanaría al hacer efectiva la póliza, que le permitiría acceder a una fuente económica para sufragar parte de los gastos médicos y solventar las necesidades básicas insatisfechas suyas y de su núcleo familiar. En consecuencia, la tutela resulta procedente para analizar el reclamo del actor.

7.2.2.4. Inmediatez: SURA se negó a hacer efectiva la póliza “mercado seguro”, en comento, mediante oficios del 29 de agosto y el 12 de octubre de 2016, y la acción de tutela fue presentada el 4 de noviembre de 2016, alrededor de un mes después. Por consiguiente, la demanda fue presentada en un tiempo razonable después de la ocurrencia de los hechos que, en criterio del demandante, generan la vulneración de sus derechos fundamentales.

7.2.3. Análisis de fondo

La empresa Seguros de Vida Suramericana objetó el pago de la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743”, contratada por el accionante, esencialmente, bajo el argumento de que este, al suscribirla, primero, no informó sobre la previa calificación de pérdida de capacidad laboral realizada por la Dirección de Sanidad del Ejército, mediante el Acta No. 59944 del 2 de mayo de 2013 y, segundo, después de adquirir el contrato de seguro fue calificado por esa misma entidad, a través del Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, en virtud de padecimientos previos a la celebración del contrato. Es decir, en su consideración el demandante incurrió en reticencia.

Al igual que en el anterior caso, siguiendo la Sentencia T-222 de 2014 se recuerda que “la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la

hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia". En cualquier caso "la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades".

La aseguradora no demostró la mala fe del accionante, requisito necesario para que se configure la reticencia y, en consecuencia, se declare la nulidad del contrato. A lo sumo se podría alegar preexistencia, sin embargo, lo que se evidencia con los elementos aportados al expediente, es que la entidad accionada no realizó las labores de investigación mínimas que le asistían para estudiar el riesgo a cuyo amparo se comprometió con el accionante y, por ende, no contempló en el contrato de seguro las exclusiones en las que hoy se fundamenta para objetar la póliza. Las labores de investigación fueron realizadas ante el reclamo de la póliza y solo fueron empleadas para fundamentar el rechazo del pago de la misma. Proceder que se considera negligente y abusivo y repercute directamente contra los derechos del demandante. Se recuerda en este punto que, de acuerdo con el artículo 1058, inciso 4º, del Código de Comercio, no se puede aplicar las sanciones al asegurador, impuestas por reticencia o inexactitud si la aseguradora "antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan (sic) los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente".

Aunado a lo anterior, la aseguradora no demostró la incidencia que sobre la onerosidad o

realización del contrato de seguro hubiere tenido la calificación previa de pérdida de capacidad laboral diagnosticada sobre el accionante el 2 de mayo de 2013 por “apnea del sueño”, ni tampoco las enfermedades en virtud de las cuales este fue calificado mediante el dictamen del 9 de junio de 2016: “1.Exposición crónica al ruido que deja como secuela: a) hipoacusia neurosensorial bilateral de 50DB de oído derecho y 60DB de oído izquierdo, bilateral de 55 DB; b) Tinnitus Bilateral 2. Vértigo 3. Tunnel del Carpo miembro superior derecho. 4. Tunnel del Carpo miembro superior izquierdo. 5. Discopatía L4-L5. Que deja como secuela dolor lumbar 6. Condromalacia Patlofemoral Bilateral Asociado a Lesión Meniscal de la rodilla derecha que deja como secuela gonalgia bilateral”. Por consiguiente, no se encuentra demostrado cómo los alegatos de la aseguradora hubiesen afectado la póliza contratada por el demandante.

Igualmente, se advierte que la entidad accionada alegó que entre las “exclusiones” de la póliza, se determinaron aquellas “reclamaciones que sean consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas o accidentes originados u ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia (sic) del seguro, ya sean conocidos o no por el asegurado” (resaltado propio). Cláusula arbitraria y ambigua del contrato, pues no es posible imponerle al asegurado que asuma una carga que jamás habría podido cumplir. “Es un exceso eximir a las aseguradoras del pago de una póliza, admitiendo reticencia, cuando estas preguntas llevan a que los asegurados jamás puedan suministrar la información exacta para tomar el seguro. Esta clase de condiciones (...) demuestran mala fe en las aseguradoras pues no exigen información exacta e inducen a que los tomadores de los seguros incurran en error. (...) (C)uestionamientos (que), al ser tan generales, siempre llevarían a los usuarios del sistema asegurador a incurrir en inexactitudes y por ello a ser sancionados con reticencia, lo cual no puede admitir esta Corporación ni nuestro orden constitucional”.

Así las cosas, la Sala constata que los fundamentos aducidos por SURA para no hacer efectiva la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743”, contratada por el accionante, carecen de respaldo jurídico, pues no demostró la mala fe del accionante para alegar reticencia, no adelantó las labores mínimas de investigación que le asistían para

obligarse mediante la póliza de seguro, ni evidenció cómo los padecimientos diagnosticados sobre el mismo hubiesen afectado la onerosidad del contrato. Aunado a ello, se niega a hacer efectivo el contrato con fundamento en que entre las “exclusiones” de la póliza, se determinaron aquellas “reclamaciones que sean consecuencia de padecimientos, enfermedades, anomalías o malformaciones congénitas o accidentes originados u ocurridos con anterioridad al inicio de vigencia (sic) del seguro, ya sean conocidos o no por el asegurado” (resaltado propio), cláusula arbitraria y ambigua del contrato, pues no es posible imponerle al asegurado que asuma una carga que jamás habría podido cumplir.

Particularmente, respecto a la supuesta reticencia derivada de la primera calificación de invalidez determinada sobre el accionante el 2 de mayo de 2013 por la Junta Médica de la Dirección de Sanidad del Ejército, debe advertirse que ello no es un argumento válido para objetar la póliza en comento. La calificación previa sobre la pérdida de capacidad laboral era un hecho notorio que resultaba de un estudio ligero de la historia clínica del accionante, el cual claramente no fue realizado por la aseguradora y, por consiguiente, esta empresa no se puede fundamentar en su negligencia para hoy eludir la obligación a la que se comprometió con el demandante. Adicionalmente, el accionante fue calificado, en esa oportunidad, con 17% de pérdida de capacidad laboral, no con el 50% exigido por la póliza para hacer efectiva la indemnización y, por consiguiente, no fue en este dictamen en el que el actor fundamentó la solicitud para hacer efectivo el contrato de seguro, sino en la segunda calificación de invalidez.

En cuanto a la segunda calificación de invalidez, realizada sobre el accionante por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, mediante el Acta No. 87468 del 9 de junio de 2016, en la cual él fundamentó la solicitud presentada para hacer efectiva la póliza, se advierte, primero, que el contrato de seguro se realizó el 29 de abril de 2016, y la pérdida de capacidad laboral del actor, fue determinada, con posterioridad, esto es, el 9 de junio de 2016, es decir la póliza se encontraba vigente. Ahora (i) aunque el accionante hubiese padecido dificultades de salud previas, no podía probar únicamente con su declaración que era una persona con invalidez; (ii) aunque eso fuera viable, el contrato de seguro exige que se demuestre el padecimiento de pérdida de capacidad laboral mayor o igual al 50%, lo cual solo fue determinado hasta la fecha de la realización de la junta médica, 29 de abril de 2016;

(iii) únicamente la Junta Médica de la Dirección de Sanidad del Ejército tenía competencia en este caso para certificar el grado de pérdida de capacidad laboral; (iv) sin ese aval técnico, la aseguradora, como es natural, habría negado u objetado el pago de la póliza al no demostrar debidamente los requisitos del contrato; (v) solo hasta que la Dirección de Sanidad Militar emitió su concepto, se supo con certeza que el accionante tenía una pérdida de capacidad laboral del 58.28%.

Bajo similares elementos fácticos, por medio de la Sentencia T-738 de 2001 se ordenó hacer efectivo el contrato de seguro tras la calificación de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares. En la providencia se señaló que “(e)s obvio de la situación del accionante, que todas las ocupaciones remuneradas para las que está calificado se circunscriben a la prestación de sus servicios como militar, de manera que está claro que desde el punto de vista de la definición aportada por Mapfre Colombia Vida Seguros S.A. sobre “incapacidad total y permanente”, dicha condición está probada con el acta de la Junta Médica Laboral Militar, pues debe tenerse en cuenta que en el caso de los miembros de la Fuerza Pública se ha establecido un régimen especial de reconocimiento de incapacidad que se encuentra regulado en la ley 923 de 2004, en el decreto 1796 de 2000 y en el decreto 4433 de 2004” (negrillas fuera de texto).

Fundamento con base en el cual se señaló más adelante que: “el accionante cumplió con el requisito de demostración de la ocurrencia del siniestro (...), y lo hizo a través del medio más conducente posible, pues la Junta Médica Laboral Militar la que de acuerdo con lo regulado en la ley 923 de 2004, en el decreto 1796 de 2000 y en el decreto 4433 de 2004, es la encargada de determinar cuándo un militar ya no puede desempeñarse como tal, situación que cumple con el cometido de demostrar el siniestro, que se entiende cumplido cuando el asegurado ya no puede desempeñarse laboralmente en el campo para el que se había entrenado” (resaltado propio).

Adicionalmente, el proceder de la accionada repercute en los derechos fundamentales del

accionante, quien es un sujeto de especial protección constitucional al estar calificado con 75,28% de pérdida de capacidad laboral, y no encontrarse vinculado laboralmente, pertenece al régimen subsidiado de Seguridad Social, es padre cabeza de familia, la cual está compuesta por una menor de edad y por su esposa, quien padece síndrome bipolar afectivo, cuyo tratamiento es costoso por incluir medicamentos No Pos. Ahora, si bien es cierto hacer efectiva la póliza no va a solucionar de fondo la situación socioeconómica del demandante, lo cierto es que permite un resguardo de su mínimo vital y su dignidad humana ampliamente impactada actualmente por la carencia de recursos económicos y por los padecimientos de salud del actor. Se recuerda que el ordenamiento jurídico vigente se rige por un Estado Social de Derecho en el cual se debe proteger en el mayor grado posible estos derechos fundamentales, máxime si se tiene en cuenta la especial protección constitucional que recae sobre el demandante.

En consecuencia, se procederá a revocar el fallo proferido el 3 de febrero de 2016 por el Juzgado Segundo Civil Oral del Circuito de Bogotá, por medio del cual se confirmó la sentencia proferida el 21 de noviembre de 2016 por el Juzgado Cincuenta y Tres Civil Municipal de Bogotá, que declaró improcedente el amparo deprecado. En su lugar, se concederá la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana del accionante, Edward Hernando Lancheros Velásquez. Por consiguiente, se ordenará a Seguros Generales Suramericana S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el pago de la “póliza mercado seguro Tuya Renovación Ban 025639743” contratada por el señor Edward Hernando Lancheros Velásquez, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

7.3. Expediente T-6.059.890. Andrés Felipe Cifuentes Echeverry contra BBVA Seguros

Conforme con los elementos fácticos recaudados, el señor Andrés Felipe Cifuentes Echeverry, quien actuó a través de agente oficioso, es una persona de 26 años de edad, quien fue

calificado con pérdida de capacidad laboral del 89,8%, con fecha de estructuración 24 de agosto de 2014, día en que sufrió un accidente de tránsito en virtud del cual se generó la invalidez. Las secuelas del accidente implicaron que el accionante sea totalmente dependiente, tenga movilidad nula y no controle esfínteres.

Su madre, quien se encuentra a cargo de su cuidado, es una persona carente de recursos económicos y sin vinculación laboral vigente, primero, debido a que, según informó, no cuenta con ninguna profesión y no le ha sido posible conseguir empleo y, segundo, debido a que se encuentra encargada del cuidado permanente de su hijo a partir del accidente por este sufrido. En virtud de ello, depende de la ayuda económica de su hijo mayor y su hermano para cubrir los gastos derivados de sus necesidades básicas.

Debido a que su hijo adquirió la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535” con BBVA Seguro, vigente desde el 29 de enero de 2014 hasta el 29 de enero de 2015, y el accidente acaeció el 24 de agosto de 2014, solicitó hacer efectivo el contrato. Sin embargo, esta entidad objetó la reclamación mediante oficio expedido el 20 de abril de 2015, en el que adujo que el agenciado no superaba el 50% de la pérdida de capacidad. Y, posteriormente, mediante oficio del 18 de marzo de 2016, reiteró la objeción, esta vez, bajo el argumento de que al producirse el siniestro no se había contratado la póliza. De acuerdo con el contrato de seguro, el siniestro corresponde a la fecha del dictamen de la pérdida de capacidad laboral.

Inconforme, la agente oficiosa presentó acción de tutela, en representación de su hijo, en procura de que fueran protegidos sus derechos fundamentales a la dignidad humana y al debido proceso. Y, en consecuencia, se ordene el reconocimiento y pago de la póliza

7.3.2. Procedencia de la acción de tutela

7.3.2.1. Legitimación por activa: La acción puede ser instaurada mediante agente oficioso cuando el afectado no tiene la posibilidad de defender sus derechos por su propia cuenta. De ello se debe dejar constancia en el expediente o si del escrito de tutela se desprende la imposibilidad del titular del derecho de acudir en su propio nombre para su defensa, el juez puede hacer la interpretación de que se acude como agente oficioso. Situación que sucede, por ejemplo, con un enfermo grave o una persona con incapacidad física o mental. En el presente caso, la demanda fue presentada por la señora Adriana María Cifuentes Echeverry, como apoderada judicial de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry, su hijo, en atención a que por el estado de salud de este no le resulta posible adelantar su propia defensa. Lo anterior, conforme fue manifestado en la demanda y probado mediante la historia clínica del agenciado y el dictamen de pérdida de capacidad laboral correspondiente al 89.8%. En consecuencia, se constata la legitimación por activa en la presente causa.

7.3.2.2. Legitimación por pasiva: BBVA Seguros se encuentra legitimada por pasiva en la presente causa, por cuanto, primero, se le acusa de incurrir en la vulneración de los derechos fundamentales a la vida digna y al debido proceso del tutelante; segundo, es una empresa aseguradora que ejerce actividades que involucran servicios de interés público a los cuales accedió el accionante mediante la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”; y, tercero, el demandante se encuentra frente a esta empresa en condición de indefensión por cuanto fue calificado con pérdida de capacidad laboral de 89.8% y carece de recursos económicos.

7.3.2.3. Subsidiariedad: El accionante en principio contaría con otros mecanismos ordinarios de defensa judicial para exigir que se haga efectiva la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”, sin embargo, estos carecen de idoneidad y eficacia, pues no permiten la protección idónea ni oportuna de sus derechos. Sus condiciones de salud lo exponen a diario a graves padecimientos que no le permiten una vida digna y afectan ostensiblemente su mínimo vital, situación que en cierto grado se subsanaría al hacer efectiva la póliza, por cuanto permitiría acceder a una fuente económica que, si bien no es alta, lo cierto es que sí permite alcanzar una fuente mínima de recursos económicos para sufragar gastos médicos y

solventar las necesidades básicas insatisfechas. En consecuencia, la acción de tutela resulta procedente para analizar el reclamo del actor.

7.3.2.4. Inmediatez: BBVA Seguros se negó a hacer efectiva la póliza mediante oficios del 20 de abril de 2015 y del 18 de marzo de 2016, y la acción de tutela fue presentada el 2 de mayo de 2016, alrededor de dos meses después. Por consiguiente, se acudió a la demanda en un tiempo razonable después de la ocurrencia de los hechos que, en criterio del demandante, generan la vulneración de sus derechos fundamentales.

7.3.3. Análisis de fondo

BBVA Seguros, entidad accionada en el proceso de la referencia, objetó el pago de la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535” contratada por el accionante, con fundamento en dos argumentos centrales. El primero, consistente en que el actor no superaba el 50% de la pérdida de capacidad laboral y, el segundo, en que al momento de producirse el siniestro no se había contratado la póliza.

En consideración de esta Sala, ninguno de los dos argumentos aducidos por la aseguradora tienen la entidad suficiente para objetar el reclamo en comento. Respecto al primero, baste decir que el accionante fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez Regional Antioquia, con una pérdida de capacidad laboral correspondiente al 89.8%, porcentaje que supera el exigido por la aseguradora para hacer efectiva la póliza. Por ende, lo manifestado por la accionada carece de todo fundamento fáctico y jurídico y solo evidencia un intento para no hacer efectivo el contrato de seguro a pesar de la grave situación del accionante, quien requiere el pago de la póliza en procura de lograr cubrir, al menos en cierta parte, los costos derivados de su tratamiento médico que exigen su salud, así como sus necesidades básicas.

En cuanto al segundo, de acuerdo con el anexo de la póliza de seguro: “Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede, el asegurado quedara incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para este anexo y que consta en la caratula de la póliza y/o en sus condiciones particulares. (...) Dicha incapacidad se considera siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado (...). Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de calificación de la incapacidad, la cual se considera la fecha del siniestro (...)” (resalta la Corte).

Ante esto, sea lo primero advertir que por la particular situación que padece el accionante, persona calificada con 89,8% de pérdida de capacidad laboral, totalmente dependiente para desarrollar sus actividades básicas, quien no tiene movilidad, no controla esfínteres y, además, carece de recursos económicos, que “si bien es cierto que en los contratos de seguros las compañías tienen libres atribuciones para fijar sus cláusulas, no es menos cierto que esta modalidad comercial no puede erigirse como una estipulación que otorga plenas facultades a las entidades aseguradoras para tomar ventaja de su posición en el mercado e imponer a los tomadores condiciones que restringen el uso de sus derechos como consumidores. Por esta razón, la intervención del Estado se hace necesaria en aquellos eventos en los cuales se requiera volver dúctil la interpretación de estos contratos con el fin de proteger derechos fundamentales de personas que se encuentren en estado de debilidad manifiesta” (negrillas fuera de texto). Función que no le es ajena a esta Corporación como juez constitucional que es y, bajo esta perspectiva, debe leer el contrato de seguro puesto a su consideración.

Bajo esta luz se debe advertir que el riesgo, de acuerdo con el Código de Comercio, artículo 1054, se define como “el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del

asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento” (negritas fuera de texto). Y, de acuerdo con el artículo 1072 del Código de Comercio, “se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”. En el ordenamiento jurídico colombiano, la fecha de estructuración de invalidez, según el artículo 3º del Decreto 1507 de 2014, se determina teniendo en cuenta el momento a partir del cual una persona alcanza el 50% de pérdida de capacidad laboral, ya sea por un accidente o una enfermedad crónica, degenerativa o congénita. En el primer evento, la fecha de estructuración corresponde, por lo general, a aquella en la que se produjo el accidente. La pérdida de capacidad laboral del accionante, Andrés Felipe Cifuentes Echeverry, obedeció al accidente padecido por éste el 24 de agosto de 2014, fecha coincidente con la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral, definida por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Antioquia. En consecuencia, fue este accidente, el riesgo que generó la invalidez, no existe un suceso más allá de él y, por ende, es aquel que dio origen a la obligación de la aseguradora.

Por consiguiente, el riesgo asegurado en el presente caso deviene de una fecha objetiva y cierta, esto es el 24 de agosto de 2014, cuando el accionante padeció el accidente que le generó 89,9% de pérdida de capacidad laboral, conforme fue corroborado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, quien determinó en este día la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral. Este juez constitucional no se puede cegar a los formalismos del contrato que determinan la fecha de la calificación como la fecha del siniestro, pues ello sería negar la verdad evidente en los hechos.

Si bien es cierto, en el caso de las enfermedades degenerativas, crónicas o congénitas se ha determinado que la fecha de estructuración puede coincidir con aquella en la cual se realizó el dictamen, como sucedió en el asunto anteriormente estudiado en esta providencia, lo cierto es que no sucede lo propio en el caso del señor Andrés Felipe Cifuentes Echeverry. En este escenario, se trató de un accidente que al demandante de forma inmediata le ocasionó la pérdida de su capacidad laboral, posteriormente, definida por la Junta Regional de

Calificación de Invalidez. En consecuencia, no existe fundamento fáctico ni jurídicamente válido desde la óptica sustancial para sostener que el riesgo acaeció en el momento en el cual se calificó la pérdida de capacidad laboral del actor.

Adicionalmente, a diferencia de lo que ocurrió en el anterior caso, en el cual el demandante no tenía certeza de su pérdida de capacidad laboral, y solo supo el impacto de esta al momento de la realización del Acta de la Junta Médica, en el caso que ahora suscita la atención de la Sala, el accionante sufrió una ostensible pérdida de capacidad laboral desde el mismo momento del accidente, a partir del cual perdió de manera definitiva y permanente su capacidad laboral y se hizo absolutamente dependiente de terceros para desarrollar sus actividades diarias de aseo, vestido, alimentación, entre otros. Preceptos que conducen a concluir que el riesgo amparado por la póliza, la pérdida de capacidad laboral superior al 50%, sucedió en vigencia del contrato de seguro.

Cabe aclarar que esta Corporación ha aceptado que la fecha de estructuración coincida con la del dictamen, y así fue plasmado en el contrato celebrado, pero ello se ha aceptado como una interpretación realizada en beneficio de los asegurados cuando se encuentran en condiciones de debilidad manifiesta frente a la aseguradora. Sin embargo, en el caso de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry, interpretar que el dictamen coincide con la ocurrencia del siniestro, al contrario de proteger sus derechos y causarle un beneficio, le causa un impacto negativo. No resulta posible acoger esta interpretación general sin tener en cuenta las particularidades del caso concreto, el cual evidencia que el riesgo acaeció en vigencia del contrato y conllevó a la potencial afectación de su derecho fundamental a la dignidad humana, desde el mismo momento del accidente.

Así las cosas, el juez constitucional no es ajeno a las particularidades de este caso. Se recuerda que las secuelas del accidente implicaron que el accionante sea totalmente dependiente, tenga movilidad nula y no controle esfínteres. Adicionalmente, no se puede descuidar que la madre del actor, quien se encuentra al cargo de su cuidado, es una persona

carente de recursos económicos y sin vinculación laboral vigente, primero, debido a que carece de profesión y no ha logrado acceder a un trabajo y, segundo, debido a que está encargada del cuidado permanente de su hijo a partir del accidente por éste sufrido. Situación que conlleva a que tanto ella como su hijo dependan de la ayuda económica de terceros para cubrir sus necesidades básicas.

En consecuencia, se revocará la Sentencia dictada el 21 de junio de 2016 por el Juzgado Tercero de Ejecución Civil del Circuito de Medellín, mediante la cual se confirmó el fallo del 13 de mayo de 2016, dictado por el Juzgado Sexto de Ejecución Civil Municipal, mediante el cual se declaró improcedente la acción de tutela. En su lugar, se concederá el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry. Por consiguiente, se ordenará a BBVA Seguros, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”, contratada por Andrés Felipe Cifuentes Echeverry.

7.4. EXPEDIENTE T-6.063.467. Ernesto Sánchez contra Equidad Seguros O.C.

Conforme con el acervo probatorio estudiado, el accionante trabajó como taxista haciendo uso del vehículo identificado con placas WTP 749, de propiedad de la señora Ana Genoveva Ortiz De Gutiérrez. En cumplimiento de los Decretos 1047 de 2014 y 1079 de 2015, que exigen asegurar al conductor del vehículo para la prestación del servicio público de transporte, fue asegurado con “póliza de accidentes personales AA000407” contratada con la Equidad Seguros O.C., la cual estuvo vigente desde el 13 de noviembre de 2014 hasta el 13 de noviembre de 2015. Entre los amparos del contrato de seguro se señaló “incapacidad total y permanente ocasionada en accidente de tránsito ocurrida durante el ejercicio de su labor de conductor (...) y que al ser calificada (...) sea igual o superior al 50%, en tal caso se reconocerá al asegurado la suma estipulada en el cuadro de amparos descritos en la caratula de la póliza”. Esto es, 33 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

El 6 de octubre de 2015, en vigencia de la póliza, cuando el accionante se encontraba trabajando, sufrió un accidente de tránsito y, como consecuencia del siniestro, el 26 de octubre de 2015 le sobrevino un infarto cerebral, acontecimientos que lo obligaron a retirarse del mercado laboral. El 17 de junio de 2016, fue calificado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Tolima, con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 62.5%, con fecha de estructuración 6 de octubre de 2015 y diagnóstico 1. Esguinces y torcedura de la columna vertebral; 2. Fibrilación y aleteo auricular; 3. Hiperlipidemia mixta; 4. Secuelas de Infarto cerebral; y 5. Visión subnormal de un ojo.

En virtud de lo anterior, el demandante solicitó a la Equidad Seguros O.C. hacer efectiva la póliza de accidentes personales, empresa que despachó desfavorablemente la solicitud por medio de oficio del 16 de septiembre de 2016, bajo dos argumentos centrales, el primero, consistente en que la edad máxima de ingreso a la póliza era de 65 años y, sin embargo, el accionante al momento de la suscripción del contrato tenía 72 años. Y, segundo, la póliza no contempla entre las coberturas el diagnóstico del accionante.

7.4.2. Procedencia de la acción de tutela

7.4.2.1. Legitimación por activa: El señor Ernesto Sánchez presentó la acción de tutela en nombre propio al considerar vulnerados sus derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana por parte de la Equidad Seguros O.C. En consecuencia, se estima legitimado para actuar en la presente causa.

7.4.2.2. Legitimación por pasiva: La Equidad Seguros O.C. se considera legitimada por pasiva en la presente casusa por cuanto, primero, es una empresa aseguradora de carácter privado a la cual se le atribuye la vulneración de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la

dignidad humana del accionante; segundo, es una empresa aseguradora, la cual ejerce actividades que involucran servicios de interés público a los cuales accedió el accionante y, aunado a ello, el demandante no se encuentra en igualdad de condiciones, sino en situación de indefensión, pues es una persona de 75 años de edad, de escasos recursos económicos y con pérdida de capacidad laboral del 62.5%.

7.4.2.3. Subsidiariedad: Para debatir la controversia judicial expuesta, el accionante cuenta, en principio, con otros mecanismos de defensa judicial, sin embargo, debido su edad, 75 años, su carencia de capacidad económica y su pérdida de capacidad laboral correspondiente al 62.5%, estos no resultan idóneos ni eficaces. Lo que permite que el juez constitucional tenga competencia para conocer del presente asunto y adoptar una decisión de fondo.

7.4.2.4. Inmediatez: Este requisito se encuentra cumplido por cuanto la Equidad Seguros O.C. objetó el pago de la póliza solicitada por el accionante mediante oficio del 16 de septiembre de 2016 y el accionante presentó la acción de tutela el 4 de octubre siguiente, esto es, menos de un mes después. En consecuencia, el tuteante acudió al amparo en un término razonable después de la ocurrencia de los hechos que generan la presunta vulneración de sus derechos fundamentales.

7.4.3. Análisis de fondo

Según explicó la Equidad Seguros O.C., el señor Ernesto Sánchez para la fecha del siniestro, 6 de octubre de 2015, se desempeñaba, en calidad de taxista, como conductor del vehículo de placas WTP-749, propiedad de la señora Ana Genoveva Ortiz De Gutiérrez. Para el ejercicio de esta función fue amparado con la póliza de accidentes personales AA000407 de Bogotá, en virtud de los Decretos 1047 de 2014 y 1079 de 2015, la cual estuvo vigente desde el 13 de noviembre de 2014 hasta el 13 de noviembre de 2015. Puntualmente, señaló

que el demandante “por ser el conductor del vehículo al momento del siniestro, se encontraba dentro de la póliza de accidentes personales AA000407” (negrillas fuera de texto).

Sin embargo, la aseguradora objetó el pago del contrato de seguros, por cuanto, primero, el accionante no cumplía con la edad máxima para ingresar a la póliza, 65 años, pues para la fecha de entrada en vigencia de la misma, conforme con su cédula de ciudadanía, tenía 72 años. El segundo, consistía en que el diagnóstico del accionante no se contempla dentro de las coberturas pactadas. A continuación, se estudiará el primer fundamento y, en caso de que no tuviese sustento jurídico para objetar el pago de la póliza, se procederá con el segundo.

Para poder analizar el primer argumento alegado por la aseguradora, se debe tener en cuenta que en la póliza de accidentes personales se pueden presentar, al menos, dos hipótesis, la primera consistente en que la póliza de seguros personales contratada por la empleadora del accionante se hubiere realizado sobre el conductor como sujeto determinado; la segunda, se presenta estipulando en la póliza de accidentes personales al conductor del vehículo como un sujeto determinable.

Conforme se estudió en las consideraciones de esta providencia, las partes del contrato son, por un lado, el “asegurador”, es decir, quien asume los riesgos y debe pagar la obligación ante la ocurrencia del siniestro, en concordancia con las cláusulas del contrato y el marco jurídico correspondiente. Por otro, el “tomador”, quien por cuenta propia o ajena traslada los riesgos al asegurador, le corresponde el pago de la prima de acuerdo con lo pactado en el contrato. Adicionalmente, puede existir un “tercero determinado o determinable” (resaltado propio) quien tiene la posibilidad de contratar el seguro. En este escenario, “al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada”.

Igualmente, se recuerda que para determinar el alcance del contrato de seguro es necesario remitirse a las cláusulas pactadas en la póliza, los documentos que la integran y los anexos. Las cláusulas del contrato de seguro son generales y específicas. Las primeras, entendidas como la “columna vertebral de la aseguradora”, se aplican a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador. Los segundos, son aquellos que se elaboran para cada contrato específico, reflejan la voluntad de las partes, aseguradora, tomadora y asegurado.

La póliza es el “documento contentivo del contrato de seguro”. Entre los documentos adicionales que hacen parte de la póliza se encuentran “1) La solicitud de seguro firmada por el tomador, y 2) Los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza”. Cuando las condiciones del contrato no aparezcan pactadas expresamente se entenderán como aquellas que se precisen en el anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Financiera para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo.

Ahora bien, en el contrato de seguro contratado por la empleadora del demandante se señaló: Póliza AA000407, Tomador, Transportes Flota Cambulos S.A., asegurado Ana Genoveva Ortiz de Gutiérrez (empleadora del accionante), beneficiario Sandra Janneth Rojas Sánchez. Igualmente, se indicó “Los amparos anteriores tienen limitada su cobertura al ejercicio de la labor del conductor” (subraya la Corte). Se evidencia, por consiguiente, que el demandante no fue contemplado en el contrato como un sujeto determinado. Lo que si se señaló es que los amparos se encontraban limitados a la actividad de conducción. .

Constatado lo anterior, se estudió si el demandante, conductor del vehículo, cumplía con los requisitos para acceder a la indemnización. En póliza se estableció que esta se regía por “las condiciones generales contenidas en la forma 01012011.1429.p.310000000000001820”, en

cuyo numeral 6º se establecieron los “límites de edad”, en los siguientes términos “La edad mínima de ingreso a esta póliza es de dos (2) años, la máxima sesenta y cinco (65). La permanencia hasta los ochenta (80) años” (resaltado propio). La aseguradora evidenció con la cédula de ciudadanía del demandante que este nació el 7 de marzo de 1942, la póliza entró en vigencia el 13 de noviembre de 2014, por ende, para entonces, el demandante tenía 72 años. En consecuencia, se determinó que “no fue posible atender favorablemente la reclamación del señor Ernesto Sánchez”.

Bajo este entendido, a pesar de que este juez constitucional se aparte de los fundamentos de los jueces de primera y segunda instancia para negar el amparo, puesto que la acción de tutela sí resulta procedente, por las particularidades del caso concreto, lo cierto es que al demandante no le asiste el derecho reclamado, pues no se cumple con uno de los requisitos pactados en el contrato de seguros, esto es, la edad máxima para ingresar al mismo, hecho cierto que resulta de constatar la edad del demandante y la fecha de entrada en vigencia del contrato, motivo por el cual, no es dable acceder al amparo. Esto, sin perjuicio de las acciones que el demandante pudiese presentar contra sus superiores por la ausencia de una garantía personal efectiva.

Por tanto, se confirmará, bajo las consideraciones de esta providencia, el fallo proferido el 22 de noviembre de 2016, por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), a través del cual se confirmó la sentencia proferida el 11 de octubre de 2016 por el Juzgado Once Civil Municipal de Ibagué, en la cual se negó el amparo deprecado por el señor Ernesto Sánchez.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO.- LEVANTAR la suspensión de términos decretada en el presente proceso por medio del Auto del 30 de junio de 2017.

SEGUNDO.- REVOCAR, dentro del Expediente No. T-6.017.645, el fallo proferido, el 20 de septiembre de 2016, por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Neiva (Huila), por medio del cual se confirmó la sentencia dictada el 5 de agosto de 2016 por el Juzgado Sexto Civil Municipal de Neiva (Huila) en el que se declaró improcedente el amparo deprecado. En su lugar, CONCEDER la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana de las accionantes, señora Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz.

TERCERO.- ORDENAR a la Aseguradora Solidaria de Colombian Ltda que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 reclamada por las señoras Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO.- ORDENAR al Juzgado Segundo Promiscuo Municipal de Campoalegre (Huila) que, dentro del proceso ejecutivo adelantado por Coofisam contra las señoras Eliana y Milena Rocha González y Leydi Dayana Rocha Ortiz (expediente No. 2016-00411-00), una vez la empresa demandante acredite que la Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda hizo efectiva

la Póliza Seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000005 y, por ende, realizó el pago del saldo del crédito, reanude y finalice el proceso ejecutivo.

QUINTO.- REVOCAR, dentro del Expediente No. T-6.021.578, el fallo proferido, el 3 de febrero de 2017, por el Juzgado Segundo Civil Oral del Circuito de Bogotá, por medio del cual se confirmó la sentencia proferida el 21 de noviembre de 2016 por el Juzgado Cincuenta y Tres Civil Municipal de Bogotá, que declaró improcedente el amparo deprecado. En su lugar, CONCEDER la protección de los derechos fundamentales al mínimo vital y a la dignidad humana del accionante, Edward Hernando Lancheros Velásquez.

SEXTO.- ORDENAR a Seguros Generales Suramericana S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, realice los trámites correspondientes para hacer efectivo el amparo contenido en la póliza “mercado seguro” contratada por el señor Edward Hernando Lancheros Velásquez, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SÉPTIMO.- REVOCAR, dentro del Expediente No. T-6.059.890, la sentencia dictada el 21 de junio de 2016 por el Juzgado Tercero de Ejecución Civil del Circuito de Medellín, mediante la cual se confirmó el fallo del 13 de mayo de 2016, dictado por el Juzgado Sexto de Ejecución Civil Municipal, mediante el cual se declaró improcedente la acción de tutela. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital y la dignidad humana de Andrés Felipe Cifuentes Echeverry.

OCTAVO.- ORDENAR a BBVA Seguros, que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, proceda a realizar los trámites correspondientes para hacer efectiva la “póliza de seguro vida grupo No. 102162066535”, contratada por Andrés Felipe Cifuentes Echeverry.

NOVENO.- CONFIRMAR, dentro del Expediente No. T-6.063.467, el fallo proferido el 22 de noviembre de 2016, por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Ibagué (Tolima), a través del cual se confirmó la sentencia dictada el 11 de octubre de 2016 por el Juzgado Once Civil Municipal de Ibagué, mediante la cual se negó el amparo deprecado por el señor Ernesto Sánchez.

DECIMO.- LÍBRENSE las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Salvamento Parcial de Voto

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Magistrado

ROCÍO LOAIZA MILIÁN

Secretaria General (e.)

SALVAMENTO PARCIAL DE VOTO DE LA MAGISTRADA

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

A LA SENTENCIA T-591/17

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Aseguradoras no pueden consagrar

cláusulas engañosas o abusivas que generen inseguridad para los usuarios (Salvamento parcial de voto)

ACCION DE TUTELA FRENTE A CONTRATO DE SEGUROS-Se debió conceder por cuanto cláusulas sobre las exclusiones en el contrato no eran claras, por tanto, la empresa no podía beneficiarse de su propia ambigüedad (Salvamento parcial de voto)

Referencia: Expedientes T-6.017.645 y acumulados

Acción de tutela presentada por Eliana Rocha González y otros contra Aseguradora Solidaria de Colombia y otros.

Magistrado Ponente:

ANTONIO JOSÉ LIZARAZO OCAMPO

1. Con el acostumbrado respeto por las decisiones de la Corte Constitucional, presento a continuación las razones por las cuales salvo parcialmente mi voto en la decisión adoptada por la Sala Cuarta de Revisión de Tutelas, en sesión del 25 de septiembre de 2017, en la cual se profirió la sentencia T-591 de 2017. En esta sentencia, la Sala de Revisión abordó cuatro casos que compartían unidad de materia, por cuanto versaban sobre el incumplimiento por parte de varias empresas aseguradoras de los contratos de pólizas que los accionantes habían suscrito para cubrir diversos siniestros (invalidéz, muerte y/o otros).

2. Este salvamento parcial tiene relación con expediente T-6063467, en el cual el demandante es el señor Ernesto Sánchez contra la Equidad Seguros. Como se desprende de los antecedentes de esta sentencia, el actor era conductor de taxi y para poder trabajar como tal, la empleadora y él estaban obligados por ley a contratar un seguro de accidentes personales, según los Decretos 1047 de 2014 y 1079 de 2015. Por ese motivo, pactaron con la Equidad Seguros una póliza que cubría los accidentes personales “del conductor del taxi”, el 13 de noviembre de 2015, vigente por un año.

Sin embargo, la Equidad Seguros negó la solicitud por dos razones: (i) porque ese tipo de pólizas sólo es válida para personas menores de 65 años y el accionante tenía 72 años cuando contrató la misma. Y (ii) debido a que la incapacidad generada no estaba cubierta.

Por lo anterior, el actor presentó acción de tutela y alegó que la entidad no tiene fundamento al negar el reconocimiento de la póliza. Además explicó que está en una grave situación de vulnerabilidad porque no puede trabajar y carece de otro tipo de ingresos.

3. En este caso particular, la sentencia explicó que la póliza no se contrató respecto de un sujeto determinado, pues en la misma el tomador del seguro amparó los siniestros que se presentaran “en ejercicio de la labor del conductor”.

Según la mayoría de la Sala de Revisión, esta cláusula hacía que el accionante no estuviera determinado en el contrato de seguros, y por ello, la Equidad Seguros no tenía como constatar que “el conductor del vehículo” no cumplía los requisitos de la póliza (ser menor de 65 años de edad) cuando la contrató. En esa medida, dio la razón a la Aseguradora respecto de la negativa a cubrir el siniestro ocurrido al tutelante.

Debido a que, según la mayoría de la Sala, el primer argumento de la Aseguradora estuvo sustentado, no estudió el segundo.

4. A partir de los elementos fácticos y jurídicos que rodean este caso particular, presento mi salvamento parcial de voto debido a mi desacuerdo tanto con la parte motiva como resolutive de la sentencia. Mi oposición encuentra fundamento en las siguientes razones:

En primer lugar, es claro para la jurisprudencia constitucional (que se desarrolla en esta misma sentencia) que los contratos de seguros deben regirse por el principio de buena fe, lo cual implica que las Aseguradoras no consagren cláusulas engañosas o abusivas que generen inseguridad para los usuarios en la ejecución de las obligaciones, en abuso de su posición dominante (páginas 31 y 32 de la sentencia).

En este caso, era claro que si bien, “el conductor” no era un sujeto determinado en el contrato como tal (como lo argumenta la mayoría de la Sala), era claramente determinable por la Aseguradora desde el momento mismo en que se contrató la póliza. Adicional a ello, como lo advertí en su momento, no se demostró que el actor no manifestó su edad ante la Equidad, quien estaba obligada a constatarla para ver si la póliza que ofreció sí se ajustaba a las condiciones de los tomadores. En efecto, ese dato sólo fue investigado por la Aseguradora cuando el actor presentó la reclamación, casi 7 meses después de vigente el contrato de seguros.

Este error de la Aseguradora, según las normas del Código de Comercio y la jurisprudencia constitucional sobre reticencia, no podía trasladarse al tomador del seguro para eludir el cumplimiento de la obligación de asegurar el accidente de trabajo del conductor de taxi. Por el contrario, haber recibido la prima (o valor de la póliza), sin advertir ninguna exclusión

respecto del beneficiario generó para él confianza legítima de que se encontraba amparado por el contrato.

En segundo lugar, respecto del argumento de Equidad Seguros relacionado con la ausencia de cobertura de la incapacidad del actor, era evidente que las cláusulas sobre las exclusiones en el contrato no eran claras, por tanto, según lo indicado por la misma sentencia, la empresa no podía beneficiarse ahora de su propia ambigüedad.

En efecto, las condiciones generales de cobertura incluía: “la incapacidad total o permanente que impida todo trabajo”. Esta última frase “todo trabajo” resulta ambigua y confusa, razón por la cual en este caso debía interpretarse en el sentido de que se refiere a toda labor para la cual el actor estaba capacitado. Debido a que el actor era conductor, y después del accidente perdió su capacidad laboral, se generó para él una incapacidad total que debía ser cubierta por la empresa aseguradora.

Por último, todo lo anterior asume mayor relevancia ante la situación de extrema vulnerabilidad en que se encontraba el accionante, de 72 años de edad y calificado con el 62.5% de pérdida de capacidad laboral, quien tenía una expectativa legítima de que su siniestro fuera cubierto, pues su trabajo era su única fuente de ingresos.

En conclusión, en este caso el amparo constitucional debía concederse.

Fecha ut supra

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada