

Sentencia T-684/15

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

En el caso específico de las entidades financieras, como bancos y aseguradoras, la Corte ha determinado que pueden ser sujetos pasivos de la acción de tutela, al menos por dos razones: (i) las actividades que desarrollan, que implican captar recursos del público, se enmarcan en el concepto de servicio público -en el caso de los bancos- o por lo menos involucran una actividad de interés público - en el caso de las aseguradoras-; y (ii) los usuarios que suscriben contratos para la prestación de sus servicios, dependiendo de las circunstancias particulares, pueden encontrarse en situación de indefensión, por la posición contractual dominante que ostentan estas entidades.

CONTRATO DE SEGURO-Naturaleza y reglamentación

CONTRATO DE SEGUROS-Conflictos generados por el no pago de pólizas que inciden en la efectividad de derechos fundamentales

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO/PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS

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.

DEBERES DE LAS COMPAÑIAS ASEGURADORAS EN RELACION CON LOS TOMADORES Y ASEGURADOS-Cuatro cargas básicas

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Caso en que se niega pago de póliza de seguro por considerar que existió reticencia al momento de diligenciar solicitud de asegurabilidad

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

Referencia: expediente T-5.029.013

Acción de tutela interpuesta por María Fernanda Díaz Parra y Juan Camilo Díaz Parra contra Seguros de Vida Suramericana S.A.

Magistrada Ponente (E):

MYRIAM ÁVILA RÓLDAN

Bogotá, D.C., cuatro (4) de noviembre de dos mil quince (2015).

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política y en el Decreto Ley 2591 de 1991, profiere la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos proferidos en el asunto de la referencia, por el Juzgado Sesenta y Cuatro (64) Civil Municipal de Bogotá D.C., el 21 de abril de 2015, en primera instancia, y por el Juzgado Cuarenta (40) Civil del Circuito de la misma ciudad, el 5 de junio del año en curso, en segunda instancia.

I. ANTECEDENTES

1. De los hechos y la demanda.

1.1. El 8 de abril de 2015, María Fernanda Díaz Parra y Juan Camilo Díaz Parra interpusieron, a través de apoderado judicial[1], acción de tutela contra Seguros de Vida Suramericana S.A., solicitando la protección de sus derechos fundamentales al debido proceso, al derecho de petición, al mínimo vital, a la educación y a la protección especial de las personas en discapacidad.

1.2. Indican los accionantes que su madre, Ruth Parra Chacón (q.e.p.d), adquirió con Bancolombia S.A. un crédito hipotecario por \$55.707.750[2].

1.3. Señalan que, para la aprobación del crédito referido, fue necesario que la señora Parra Chacón celebrara con Seguros de Vida Suramericana S.A. (en adelante Suramericana o la aseguradora), un contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores, póliza No. 77007. En ese sentido, afirman que la solicitud o declaración de asegurabilidad se suscribió el 13 de agosto de 2012[3].

1.4. La señora Parra Chacón (asegurada) falleció el 3 de mayo de 2014[4].

1.5. El 28 de mayo de 2014, los accionantes, en su condición de hijos de la señora Ruth Parra Chacón[5], solicitaron a Bancolombia S.A. la “liberación del crédito hipotecario” por la muerte de la asegurada[6].

1.6. El 5 de agosto de 2014, Suramericana objetó la reclamación del pago de la indemnización derivada de la póliza de seguro, argumentando que “Al revisar la historia clínica de la EPS y de la Fundación Cardioinfantil se pudo establecer que la asegurada, tenía antecedentes de “Diabetes Mellitus 2, infarto agudo al miocardio sufrido el 3/12/2012, desde antes de diligenciar la solicitud de ingreso. El no informar estos antecedentes al momento de la suscripción, llevó a la compañía a asumir un riesgo que no coincidía con lo informado en la declaración de asegurabilidad, donde se le preguntaba: 1) ¿sufre o ha sufrido?: una serie de enfermedades dentro de las cuales están Diabetes, Trastornos Cardiovasculares”. A lo que respondió negativamente. Es de anotar, que de haber sido conocido por Suramericana este antecedente, está no hubiera celebrado el presente contrato (...)”[7].

1.7. El 12 de agosto de 2014, los accionantes presentaron derecho de petición oponiéndose a las razones que expuso Suramericana para negar el pago de la póliza de seguro[8]. Sin embargo, el 4 de septiembre del mismo año, la aseguradora reiteró la negativa, insistiendo en que al momento de diligenciar la solicitud de asegurabilidad la señora Ruth Parra Chacón fue reticente[9].

1.8. Consideran los accionantes, María Fernanda, de 22 años[10] y, Juan Camilo, de 18 años[11], que la negativa de la accionada de pagar la indemnización de la póliza del

seguro de vida, que había adquirido su progenitora, bajo el argumento que fue reticente al suscribir el contrato de seguro, vulnera sus derechos fundamentales. Esto, debido a que, (i) la aseguradora comete un error al pretender definir como preexistencia una situación médica que la titular del crédito no conocía, además, al fundamentar su negativa en la afección cardíaca que sufrió la asegurada, la cual fue tratada como urgencia; y (ii) que no se puede presumir la reticencia, cuando en las declaraciones de asegurabilidad y, al firmar las mismas, se autoriza solicitar historias clínicas y recaudar la información, que consideren necesaria para establecer el estado de salud del asegurado.

1.8.1. Aseveran que, la señora Parra Chacón era madre cabeza de familia, que dependían económicamente de ella y, que por su corta edad, no están en las condiciones de seguir pagando el crédito hipotecario[12]. De igual modo, manifiestan que su padre, Carlos Arturo Díaz Ariza, no hace parte del núcleo familiar y, además, que fue diagnosticado con Parkinson y calificado con 58.80% de pérdida de capacidad laboral, con fecha de estructuración de 5 de octubre de 2010, razón por la cual está impedido para proporcionarles ayuda económica[13].

1.9. En consecuencia, solicitan que, se ordene a la aseguradora accionada: (i) hacer efectivo el reconocimiento del seguro de vida con el cual está amparado el crédito hipotecario 2099-0171036, cuya titular era la señora Ruth Parra Chacón; y (ii) pagar el crédito hipotecario al banco y la expedición del Paz y Salvo correspondiente.

2. Intervenciones

2.1. De la accionada: Seguros de Vida Suramericana S.A.

Solicita que se declare improcedente la acción de tutela y, en subsidio, que se niegue el amparo, con base en los siguientes argumentos:

En primer término, señala que la acción de tutela no cumple con el requisito de subsidiariedad. Esto, por cuanto, el conflicto de intereses propuesto por los demandantes, es susceptible de resolverse a través del proceso civil ordinario, en tanto, se discute la cobertura de un contrato de seguro y, además, no obran pruebas que permitan concluir la existencia de un perjuicio irremediable.

En segundo término, manifiesta que había objetado la reclamación del pago de la póliza, con fundamento en la ley y en el clausulado del contrato de seguro. En ese sentido, indica que una vez recibida la solicitud de pago, procedió a revisar la historia clínica de la asegurada, en la cual pudo constatar que la misma tenía antecedentes de “Diabetes Mellitus 2, infarto agudo de miocardio sufrido el 3/12/2012”, situaciones que no fueron informadas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, lo que de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del C. de Co., genera la nulidad relativa del contrato de seguro; efecto que se produce con independencia de que la causa del siniestro tenga o no relación con la información omitida al momento de suscribir la solicitud de seguro, esto es, aquello sobre lo que se fue reticente[14].

Finalmente, sostiene que, contrario a lo sostenido por el apoderado de los accionantes, el artículo 1158 del C. de Co., releva a las aseguradoras de la obligación de realizar exámenes médicos para verificar el estado de salud de las personas y, que además, dicha situación no exime al tomador de la carga de declarar sinceramente sus condiciones de salud.

2.2. Del tercero vinculado: Bancolombia S.A.[15]

Solicita la desvinculación del proceso de tutela e informa que, la señora Ruth Parra Chacon (q.e.p.d) figura como titular del crédito hipotecario No.2099-320171036, el cual fue desembolsado el 23 de diciembre de 2013, por la suma de \$55.707.750, con un plazo de 180 cuotas y una tasa del 12.25%; crédito que a la fecha se encuentra vigente y al día[16].

3. De los fallos objeto de revisión

3.1. Sentencia de primera instancia

El 21 de abril de 2015, el Juzgado Sesenta y Cuatro (64) Civil Municipal de Bogotá D.C. resolvió “negar por improcedente” la acción de tutela, argumentando que los demandantes cuentan con otros mecanismos en la jurisdicción ordinaria para solicitar el reconocimiento del seguro de vida. Esto, porque se trata del reclamo de una prestación económica y, no se demostró la existencia de un perjuicio irremediable, que amerite la procedencia excepcional y transitoria del amparo deprecado.

3.2. Impugnación

3.3. Sentencia de segunda instancia

El 5 de junio de 2015, el Juzgado Cuarenta (40) Civil del Circuito confirmó el fallo del a quo, al considerar que los accionantes debieron acudir primero a las vías judiciales ordinarias para resolver este conflicto de carácter contractual. Además, manifestó que no se cumplieron con los presupuestos jurisprudenciales que determinan la existencia de un perjuicio irremediable. Finalmente, indicó que no se vulneró el derecho de petición, porque la entidad accionada respondió la solicitud que radicaron los demandantes, el 12 de agosto de 2014.

4. Pruebas solicitadas por la Corte Constitucional

4.1. Mediante Auto del 13 de octubre de 2015, la Magistrada sustanciadora, para mejor proveer, ordenó la vinculación del padre de los accionantes y solicitó a las partes e intervinientes que absolvieran algunas inquietudes y, que aportaran el soporte documental correspondiente. En efecto, dispuso:

4.1.1. Remitir al señor Carlos Arturo Díaz Ariza, copia de la acción de tutela en curso, para que expresara lo que considerara pertinente y, controvirtiera las pruebas acopiadas. De igual forma, se le solicitó que informara: (i) Si tiene personas a cargo, indicando ¿quiénes y cuántos?; (ii) ¿Quiénes integran actualmente su núcleo familiar, de donde derivan sus ingresos económicos y si tienen alguna profesión, arte u oficio?; (iii) ¿Si actualmente vive con María Fernanda y Juan Camilo Díaz Parra?; Si es dueño de bienes muebles o inmuebles, indicando, en caso positivo, ¿cuál es su valor y la renta que pueda derivar de ellos?; y ¿Cuál es su situación económica actual.

4.1.2. Oficiar a los demandantes para que informaran: (i) Si tienen personas a cargo, indicando ¿quiénes y cuántos?; (ii) ¿Quiénes integran actualmente su núcleo familiar, de donde derivan sus ingresos económicos y si tienen alguna profesión, arte u oficio?; (iii) Si es dueño de bienes muebles o inmuebles, indicando, en caso positivo, ¿cuál es su valor y la renta que pueda derivar de ellos?; y (iv) ¿Cuál es su situación económica actual?. Adicionalmente, se les solicitó que allegaran la relación de gastos mensuales por todo concepto (alimentación, educación, vestuario, salud, recreación, vivienda, préstamos, etc.),

con los soportes correspondientes.

4.1.3. Oficiar a Seguros de Vida Suramericana S.A., para que remitiera copia del contrato seguro de vida grupo deudores No.77007 y, de igual manera, informara: (i) ¿En qué fecha suscribió el contrato de seguro de vida grupo deudores No.77007?; (ii) ¿En qué fecha la señora Ruth Parra Chacón suscribió la declaración de asegurabilidad, correspondiente al contrato de seguro de vida grupo deudores No.77007?; (iii) ¿De qué forma y en qué momento tuvo acceso a la información (historia clínica o cualquier otro documento), que le sirvió como fundamento para negar el pago de la indemnización que reclamaron los accionantes, por la muerte de la señora Ruth Parra Chacón?; y (iv) Si la señora Ruth Parra Chacón (asegurada) aportó en el trámite de suscripción del contrato de seguro de vida grupo deudores No.77007, la historia clínica o cualquier otra información relacionada con su estado de salud.

4.1.4. Oficiar a Bancolombia S.A., para que, igualmente, remitiera copia del contrato de seguro de vida grupo deudores No.77007 y, que informara: (i) cuál es el estado del crédito hipotecario No.2099-320171036, en el que registra como titular la señora Ruth Parra Chacón; y (ii) cuál es el valor de la cuota mensual del crédito mencionado.

4.2. Mediante oficio del 16 de octubre de 2015, la Secretaría General de esta Corporación remitió al despacho de la Magistrada sustanciadora las respuestas allegadas por los sujetos mencionados, con los respectivos soportes.

4.2.1. El señor Carlos Arturo Díaz manifestó: primero, que no tiene personas a cargo, porque es una persona con invalidez declarada de manera legal; segundo, que en vive con su esposa, Nohora Torres acero, y con su hija Daniela Díaz Torres; tercero, que es odontólogo, pero que su enfermedad de parkinson le impide ejercer su profesión, razón por la cual, depende económicamente de su esposa y de la ayuda que le brinda su hija María Fernanda Díaz Parra (accionante), quien desde la muerte de su madre ha asumido las obligaciones del hogar y de su hermano menor; y cuarto, que no tiene ningún bien inmueble y no es beneficiario de una pensión[18].

4.2.2. La señora María Fernanda Díaz Parra, mediante apoderado, informó: (i) que tiene a cargo a su hermano menor, Juan Camilo Díaz Parra; (ii) que su familia está integrada por su hermano menor y, por su padre Carlos Arturo Díaz Ariza; (iii) que sus ingresos los recibe de

su trabajo como auxiliar del Banco Corbanca (\$654.294)[19], en el cual trabaja hace 2 años; (iv) que no posee ningún bien inmueble y los muebles que tiene son los de sus necesidades básicas; (v) que su situación económica es complicada, por cuanto, empezó a trabajar desde que enfermó su madre para cubrir los gastos de su familia, entre los cuales se encuentran: cuota de la administración del conjunto residencial donde vive con su hermano (\$82.000)[20], alimentación (\$212.697), transportes, servicios públicos domiciliarios (gas \$25.680, telefonía e internet \$63.010, luz \$28.710, agua y alcantarillado \$35.852), las cuotas de los créditos de educación, del crédito hipotecario (\$650.378.10), del préstamo del fondo de empleados (\$145.583)[21] y del crédito de libre inversión (\$20.833), el cual adquirió para pagar la deuda derivada del referido crédito hipotecario (\$54.431.114.01, saldo insoluto al 14 de octubre de 2015)[22].

4.2.3. El señor Luis Felipe Estrada Escobar, en calidad de representante legal judicial de Seguros de Vida Suramericana S.A., respondió las preguntas formuladas[23], en los siguientes términos:

Primero, respecto a la fecha en que se suscribió el contrato de seguro No.77007, informó que “la vigencia de la póliza de vida... se da a partir del día del desembolso del crédito otorgado...; esto es, el 23 de diciembre de 2013”.

Segundo, sobre la fecha en que la asegurada suscribió la declaración de asegurabilidad, manifestó que “Si bien en la solicitud no se consignó por parte de la señora Parra Chacón la fecha en la que la misma fue diligenciada, en los sistemas de información de la Compañía se reporta que el inicio de la vigencia de la cobertura data del 23 de diciembre de 2013. Es importante tener en cuenta que en ningún caso la declaración de asegurabilidad pudo haber sido suscrita con 6 meses de anticipación a la fecha del desembolso”.

Tercero, en cuanto a la forma y el momento en que tuvo acceso a la información que le sirvió de base para objetar la reclamación, afirmó que mediante el escrito de reclamación del 11 de junio de 2014, “se allegó la totalidad de documentos necesarios para proceder al estudio de cobertura y posible pago de la indemnización dentro de la póliza mencionada”, entre los cuales se encontraba la historia clínica de la asegurada.

Cuarto, en lo relativo a, si la asegurada había aportado en el trámite de la suscripción del contrato de seguro, la historia clínica o cualquier otra información relacionada con su estado

de salud, manifestó que durante esa etapa de celebración del contrato de seguro no aportó historia clínica, pero sí negó que padecía las enfermedades que se relacionaban en el cuestionario que se le suministró (declaración de asegurabilidad). Adicionalmente, aportó copia del condicionado general aplicable al contrato de seguro de vida grupo deudores, póliza No.77007.

II. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN.

1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer de esta acción de tutela, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, y en virtud del Auto del 31 de julio de 2015, expedido por la Sala de Selección de tutela Número Siete de esta Corporación, que decidió someter a revisión el presente asunto.

2. Problema jurídico y estructura de la decisión

2.1. Los jóvenes María Fernanda y Juan Camilo, interpusieron acción de tutela contra Seguros de Vida Suramericana S.A., solicitando el amparo de sus derechos fundamentales al debido proceso, derecho de petición, mínimo vital, educación y protección especial de las personas en discapacidad, los cuales consideran vulnerados por la negativa de la accionada de efectuar el pago de la póliza del seguro de vida grupo deudores, bajo el argumento que la asegurada (Ruth Parra Chacón) fue reticente al momento de diligenciar la solicitud o declaración de asegurabilidad.

2.2. De acuerdo con los antecedentes expuestos, corresponde a la Sala resolver el siguiente problema jurídico: ¿Vulneró la entidad accionada el derecho fundamental al mínimo vital de los accionantes (María Fernanda y Juan Camilo Días Parra), al negarse a hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo deudores que amparaba la obligación crediticia adquirida por la señora Ruth Parra Chacón, argumentando que incurrió en reticencia, por haber omitido informar las enfermedades que padecía con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad (diabetes mellitus e infarto al miocardio)?

2.3. Para dar respuesta al anterior interrogante, la Sala abordará el estudio de los

siguientes temas: (i) procedencia de la acción de tutela contra empresas del sistema financiero y asegurador; (ii) la naturaleza y reglamentación del contrato de seguro; y (iii) hará referencia a los casos en los que se ha debatido, en sede constitucional, la negativa del pago de pólizas de seguros por razones de reticencia; y (iv) el examen del caso concreto.

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

Para determinar si es procedente la acción de tutela contra entidades del sector financiero, como bancos y aseguradoras[26], es necesario abordar el estudio de dos aspectos: primero, la posibilidad que existe de que estas entidades puedan ser sujetos pasivos de la acción constitucional y, segundo, las reglas sobre el requisito de subsidiariedad, que este Tribunal ha establecido en la materia.

3.1. En primer lugar, en lo referente al tema de la legitimación activa y pasiva, el artículo 86 de la Constitución Política establece que, todo ciudadano está facultado para presentar acción de tutela, por sí mismo o por interpuesta persona, con el fin de reclamar ante los jueces de la República la protección inmediata de sus derechos fundamentales que estén siendo vulnerados o amenazados por acciones u omisiones de una autoridad pública, al igual que de particulares “encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión”.

3.1.1. El Decreto 2591 de 1991, por el cual se reglamenta la acción de tutela, en su artículo 42 señala los supuestos a que hace mención la norma constitucional: “[l]a acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos: (...) 9. Cuando la solicitud sea para tutelar quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión respecto del particular contra el cual se interpuso la acción, Se presume la indefensión del menor que solicite la tutela.”

3.2. En segundo lugar, respecto del requisito de subsidiariedad de la acción de tutela, se tiene que, de conformidad con el artículo 86 de la Carta, y los artículos concordantes del Decreto 2591 de 1991, esta acción constitucional se caracteriza por su naturaleza excepcional y subsidiaria, es decir, solo procede: (i) cuando el afectado no disponga de otro

medio de defensa judicial; (ii) cuando existiendo mecanismo, este carece de idoneidad o eficacia para proteger de forma adecuada, oportuna e integral los derechos fundamentales, en las circunstancias del caso concreto; o (iii) cuando se interpone para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable en un derecho fundamental, caso en el cual, se concederá el amparo de manera transitoria[29].

3.2.1. Sobre el análisis de este requisito, la Corte ha hecho énfasis en que, el juez de tutela tiene el deber de analizar en cada caso, la idoneidad y la eficacia del mecanismo judicial ordinario de defensa, mediante una valoración juiciosa de las circunstancias particulares en las que se encuentra la persona que solicita el amparo[30].

3.2.3. Ahora bien, tratándose de la procedencia de la acción de tutela en eventos en los que se discute el pago de una póliza de seguro, la Corte interpretando las normas constitucionales y legales que reglamentan la materia, ha determinado que, si bien en principio este tipo de conflictos, por su naturaleza contractual y contenido económico, deben solucionarse por parte de los jueces ordinarios; excepcionalmente, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, será el juez de tutela el encargado de resolver ese tipo de controversias, por la inmediata protección que garantiza la acción constitucional[31].

3.3. En consecuencia, es necesario que el juez de tutela realice un estudio particular en cada caso para determinar si, debido a la posible afectación a derechos fundamentales, se encuentra facultado para dirimir un conflicto derivado de la existencia de una póliza de seguro o si, por el contrario, debe reconocer y respetar la competencia prevalente que tiene el juez ordinario en estos asuntos.

4. El contrato de seguro: naturaleza y reglamentación

4.1. El Código de Comercio, desde un punto de vista legal, rige la formación, celebración y ejecución del contrato de seguro. Este tipo de contrato se constituye a partir del acuerdo de voluntades, es decir, mediante la concreción del principio de la autonomía privada de la voluntad. En virtud de este principio, “las partes pueden celebrar contratos sujetándose a las condiciones de la póliza y definir en sus anexos las coberturas de los riesgos asegurados.”[32]

4.2. De acuerdo con el artículo 1036 del C. de Co. el contrato de seguro se caracteriza por ser consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.

4.3. Respecto de las condiciones de la póliza, el artículo 1047 del C. de Co., dispone que las cláusulas del contrato de seguro comprenden: (i) las condiciones generales de la póliza de seguro y, (ii) las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades del contrato en relación con un determinado asegurado. Las primeras, son cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador[33], mientras que las segundas, definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. El establecimiento de estos dos tipos de cláusulas en un contrato de seguro, permite definir el alcance de la cobertura del mismo.

4.4. En cuanto al riesgo asegurable, tal vez el elemento más importante del contrato de seguro, el artículo 1058 del C. de Co. establece que el asegurado tiene la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que sea suministrado por el asegurador. Esta carga se encuentra justificada, en la medida que, el asegurador a partir del estado del riesgo que va a asumir, puede determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima al tomador/asegurado. Se exige entonces de quien declara el estado del riesgo una actuación de extrema buena fe a efectos de proporcionar a la sociedad aseguradora información suficiente a fin de permitirle evaluar la celebración o no del contrato y, en caso positivo, las condiciones para ello.

4.4.1. La norma en mención (art. 1058 del C. de Co.), sanciona con la nulidad relativa del seguro a quien incurra en reticencia o inexactitud, es decir, a la persona que omita informar a la aseguradora de todas aquellas circunstancias que de haberlas conocido, (i) lo hubieran llevado a imponer condiciones más onerosas o, (ii) que lo hubieran retraído de celebrar el contrato. De este modo, la ley castiga la mala fe del tomador, que al momento de declarar el estado del riesgo, pese a conocer su estado de salud, prefiere guardar silencio para evitar que la prima del seguro se incremente o, que no se celebre el contrato. Al respecto, la Corte ha estipulado que, para efectos de imponer la sanción descrita, corresponde a las entidades aseguradoras demostrar la mala fe del declarante[34].

4.4.2. Así mismo, la referida norma establece que, en el evento de que la declaración

inexacta de los hechos se deba a un error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada. Y de igual forma, dispone que ninguna de las sanciones expuestas, serán aplicadas al tomador, si el asegurador antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

4.5. En esos términos, es claro que la celebración del contrato y en particular la determinación del riesgo asegurable suponen la buena fe calificada de los contratantes. Este principio se concreta, por un lado, en la obligación del tomador de hacer referencia honesta sobre su estado de salud con el fin de que una vez la entidad aseguradora tenga pleno conocimiento de las condiciones particulares del mismo, establezca el riesgo a asegurar y, de otro, en el deber de la aseguradora, como ente redactor del contrato de seguro, de “eliminar cualquier tipo de ambigüedad incluyendo expresamente las preexistencias excluidas del riesgo”[35].

4.5.1. De esta forma, se sanciona con la nulidad relativa del contrato, al asegurado/tomador que no declare sinceramente el estado del riesgo que se va asegurar y, con el rechazo de la objeción al pago de la póliza, a la aseguradora que incluya en el contrato de seguro cláusulas ambiguas o que de manera genérica pretendan definir el alcance de la cobertura.

5. Precedente constitucional en materia de conflictos generados por el no pago de pólizas de seguros, que inciden en la efectividad de derechos fundamentales

El tema de las relaciones contractuales entre las entidades aseguradoras y los asegurados, tomadores o beneficiarios, ha venido ocupando, con el tiempo, un espacio importante en el desarrollo de la jurisprudencia constitucional. Esto, en razón a que, esta Corporación, a través de la revisión de fallos de tutela, ha identificado en la celebración y ejecución de algunos contratos de seguros, conductas de las instituciones aseguradoras que, inciden en la vigencia de los derechos fundamentales del asegurado/tomador/beneficiario, tales como la vida, la salud y el mínimo vital.

Así, la Corte se ha encargado de estudiar especialmente dos situaciones: (i) casos en los que la aseguradora niega por reticencia el pago de las pólizas y, (ii) casos en los que niega el pago por prescripción. Dado que en el presente asunto la controversia gira en torno al no

pago de la póliza de seguro por la presunta reticencia en la que incurrió la asegurada, se hará referencia, únicamente, a los precedentes constitucionales, que se han pronunciado sobre el primer evento.

5.1. Para comenzar, en la Sentencia T-832 de 2010, la Corte revisó una acción de tutela que interpuso una señora de 54 años de edad, contra el Banco Agrario de Colombia y Colseguros S. A., al considerar que estos establecimientos habían conculcado sus derechos al debido proceso, a la igualdad y de petición. Lo anterior, por la negativa de la aseguradora de hacer efectivo el contrato de seguro de vida grupo deudores, que amparaba la obligación crediticia que ella había adquirido, argumentando que padecía, con anterioridad a la vigencia de la póliza, la enfermedad que ocasionó la pérdida del 77.5% de su capacidad laboral.

Al resolver el caso concreto, este Tribunal tuteló los derechos fundamentales de la actora y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario de Colombia, como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por la actora con dicho Banco. En síntesis, la razón del amparo se basó en que, la omisión de la aseguradora de realizar exámenes médicos o solicitar unos vigentes al momento de celebrar el contrato, le impedía oponerse a la reclamación del pago de la póliza formulada por la deudora[36].

5.2. Posteriormente, en la Sentencia T-751 de 2012 esta Corporación estudió dos acciones de tutela acumuladas, presentadas por personas que adquirieron créditos con entidades bancarias y, por ende, fueron objeto de aseguramiento en el marco de un seguro de vida grupo deudores que amparaba los riesgos de invalidez y muerte, en respaldo del cumplimiento de dichas obligaciones crediticias. Sin embargo, las compañías aseguradoras se negaron a cancelar el valor previsto, porque las aseguradas, supuestamente, habían incurrido en reticencia, al no haber declarado que padecían algunas enfermedades antes de la suscripción de la solicitud de aseguramiento.

En esa oportunidad, la Corte reiteró la Sentencia T-832 de 2012, en el sentido de que era contrario al principio de buena fe, el uso de cláusulas genéricas y ambiguas en los contratos de seguros y, que por esa razón, tal ambigüedad debía ser reducida expresamente mediante exclusiones taxativas y precisas o, mediante exámenes adecuados para

establecer el estado de salud del asegurado.

No obstante, precisó que, en el caso concreto, la controversia se basaba en el contenido de la declaración de asegurabilidad de los asegurados y, no en la aplicación de cláusulas genéricas. Por lo tanto, señaló que su análisis debía centrarse en establecer si los reclamantes habían faltado efectivamente a la verdad al suscribir las solicitudes de aseguramiento; o si las objeciones de las aseguradoras carecían de soporte fáctico y probatorio, y por lo tanto, vulneraban los derechos al debido proceso y al mínimo vital de las accionantes.

En ambos casos, la Corte concluyó que la objeción realizada por las aseguradoras carecía de fundamento probatorio y que estaba sustentada en una interpretación injustificada de los contratos de seguro y de los hechos. De esta manera, al no estar demostrada la reticencia de los petitionarios y, ante la necesidad de proteger los derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, ordenó a las compañías aseguradoras accionadas que hicieran efectivas las pólizas y cancelaran los saldos insolutos de las obligaciones amparadas.

5.3. Un año después, en la Sentencia T-222 de 2014 este Tribunal estudió tres (3) acciones de tutela acumuladas, interpuestas por unos ciudadanos que habían adquirido créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declaradas personas en situación de invalidez, pese a lo cual, al solicitar que se cumpliera lo previsto en las pólizas de seguros, las aseguradoras se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Corte concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (pre-existencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: “la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será

sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

5.4. Por último, en el año 2015, mediante la Sentencia T-316, la Corte revisó cuatro (4) acciones de tutela acumuladas, cuyos accionantes eran personas que tomaron o se encontraban aseguradas por pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente. Las compañías de seguros objetaron las reclamaciones presentadas por los beneficiarios, argumentando que los tomadores/asegurados habían incurrido en reticencia al momento de completar las declaraciones de asegurabilidad, pues omitieron declarar el padecimiento de pre-existencias cuando celebraron los respectivos contratos de seguros.

En esa ocasión, respecto a la figura de la buena fe y la reticencia en los contratos de seguro, la Corte concluyó, entre otras cosas, que las aseguradoras “deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro”, y que “no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes.”[37]

Adicionalmente, precisó que al tomar como referente la figura de la reticencia, era posible identificar cuatro (4) deberes o cargas que tenían las aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados. Primero, claridad, carga que se relaciona con los aspectos por los cuales se pregunta al tomador; segundo, información, carga en relación con el tomador del seguro, de tal forma que se le preste toda la asistencia necesaria para que el mismo, al responder a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, pueda resolverlas adecuadamente; tercero, confirmación, deber que se traduce en la necesidad de corroborar la información suministrada por el tomador por medio de la realización de exámenes médicos o la exigencia de que se aporten unos recientes, para constatar el estado de salud de la contraparte contractual; y cuarto, lealtad, carga que se traduce en un deber de abstención de abusar de la posición dominante que le asiste a la aseguradora.

Con base en lo anterior, este Tribunal resolvió tutelar, en tres de los cuatro casos

(T-4698859, T-4712587 y T-4708930), los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de los accionantes, al considerar que las compañías aseguradoras negaron el pago de la póliza, sin que probaran la mala fe del asegurado y, además, que habían incumplido la carga de comprobación, en el sentido de verificar lo señalado por el tomador/asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros, por ejemplo, mediante la realización de exámenes médicos o la solicitud de entrega de unos recientes. En el caso restante (T-4707706), declaró la carencia actual de objeto por hecho superado, al constatar que la aseguradora había pagado a la entidad financiera el saldo insoluto del crédito adquirido por el actor.

5.5. A partir de la jurisprudencia constitucional decantada, es posible extraer las siguientes conclusiones: (i) está proscrito que las aseguradoras utilicen cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros, para luego objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (ii) las compañías de seguros no pueden objetar la reclamación del pago de la póliza de seguro, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia, si no tienen pruebas de que este actuó de mala fe en caso de preexistencia; esto debido a que, (iii) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, la primera es un hecho objetivo, mientras la segunda es subjetivo; así mismo, (iv) las aseguradoras han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad (carga de confirmación), so pena de no poder invocar luego en su defensa la reticencia del asegurado.

6. Análisis del caso concreto

De acuerdo con las reglas expuestas en los acápite anteriores, esta Sala procederá a resolver el caso concreto. Previo a ello, hará referencia a los criterios de procedibilidad formal del amparo, a fin de examinar los argumentos señalados por los jueces de instancia que encontraron improcedente la acción de tutela que actualmente se discute. Luego, determinará, en caso de encontrar procedente la tutela, si la negativa de la accionada de pagar la póliza de seguro, constituye una vulneración del derecho fundamental al mínimo vital de los accionantes.

6.1. Examen de requisitos formales de procedibilidad de la acción de tutela.

Los jueces de tutela de ambas instancias resolvieron “negar por improcedente” la acción de tutela, por considerar que no cumplía con el requisito de subsidiariedad. Lo anterior, sobre la base de que, por tratarse del reclamo de una prestación económica, el caso de los hermanos Díaz Parra, debía ser solucionado por la jurisdicción ordinaria.

Contrario a lo sostenido por los jueces de tutela de primera y segunda instancia, la Sala considera que, en el caso bajo estudio, la demanda de tutela supera el análisis de procedibilidad, por las siguientes razones:

Como se explicó en la parte motiva de esta providencia, la jurisprudencia de esta Corporación, ha determinado que la acción de tutela en principio no es el mecanismo adecuado para discutir asuntos de naturaleza contractual. No obstante, en algunas situaciones, de manera excepcional, puede ser la vía adecuada para dirimir tales controversias. Ello sucede, principalmente, cuando (i) la persona no cuenta con otros recursos judiciales, o teniéndolos (ii) no son idóneos y/o eficaces, caso en el cual el amparo se concede de manera definitiva.

En el caso sub examine, la Sala considera que el mecanismo judicial ordinario de defensa dispuesto para reclamar el pago de la póliza de seguro, carece de eficacia para garantizar la protección inmediata del derecho fundamental al mínimo vital, por las circunstancias especiales en las que se encuentran los jóvenes María Fernanda y Juan Camilo. La imposibilidad de reclamar de manera eficaz la protección de los derechos fundamentales, pone a los accionantes en una situación de indefensión que habilita la competencia del juez de tutela para solucionar, de forma definitiva, la controversia. La Sala arriba a esta conclusión a partir de la valoración de las pruebas aportadas al proceso de tutela, en el trámite de las instancias y en sede de revisión.

En efecto, se trata de dos jóvenes, María Fernanda, de 22 años y, Juan Camilo, de 18 años, que se encuentran en una difícil situación económica, que tiene la potencialidad de impactar negativamente la efectividad de su derecho fundamental al mínimo vital. Dicha situación se puede constatar a partir de los siguientes elementos: (i) falleció de manera inesperada su madre, quien era la que sufragaba todos los gastos de la familia, incluida, la cuota del crédito hipotecario; (ii) demostraron que su padre, Carlos Arturo Díaz Ariza, fue diagnosticado con Parkinson y calificado con 58.80% de pérdida de capacidad laboral, con

fecha de estructuración de 5 de octubre de 2010, lo que le impide ejercer una labor productiva que le permita contribuir al sostenimiento de sus hijos; (iii) por la muerte de la madre, la mayor de los hijos (María Fernanda) tuvo que empezar a trabajar, para pagar los gastos básicos de manutención propios y de su hermano, la cuota de administración del conjunto donde residen, la ayuda económica para su padre, el valor de la matrícula de la universidad de ambos, la cuota de un crédito otorgado por el fondo de empleados y, además, la cuota del crédito de libre inversión, que se vio en la necesidad de solicitar para pagar las cuotas del crédito hipotecario. De acuerdo con las pruebas allegadas en sede de revisión, observa la Sala que los ingresos percibidos mensualmente por la accionante, aproximadamente \$1.000.000[38], resultan insuficientes para cubrir todos los gastos referidos, especialmente, la obligación crediticia hipotecaria, que se encuentra en mora desde septiembre del año en curso.

Con base en lo anterior, la Sala concluye que procede la acción de tutela, debido a que lo que pretenden los accionantes no es un simple reconocimiento de una prestación económica derivada de un contrato de seguro, sino la estabilización de sus condiciones de vida mediante la protección de su derecho al mínimo vital; el cual se ha visto comprometido por la repentina muerte de su madre, por la escasez de recursos económicos y, por el deber de asumir el pago de un crédito hipotecario, que compromete sus ingresos destinados a la satisfacción de sus necesidades básicas. En consecuencia, la Sala procederá a dar respuesta al problema jurídico planteado.

6.2. Análisis del fondo del asunto.

En el presente caso, se tiene que Bancolombia otorgó un crédito hipotecario a la señora Ruth Parra Chacón por \$55.707.750. Para amparar dicho préstamo, el banco mencionado, en calidad de tomador/beneficiario, celebró un contrato de seguro (póliza No.77007) con la aseguradora Suramericana S.A. El objeto de dicho negocio consistía en amparar los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente de la deudora/asegurada[39]. Con el propósito de calificar el estado del riesgo, la deudora tuvo que diligenciar una solicitud de asegurabilidad, en la cual declaró sobre su estado de salud, indicando que no padecía ninguna de las enfermedades relacionadas en el formulario.

La asegurada falleció el 3 de mayo de 2014, razón por la cual, sus hijos María Alejandra y

Juan Camilo Díaz Parra, solicitaron en dos ocasiones el pago de la indemnización derivada de la póliza de seguro. No obstante, mediante oficios del 5 de agosto del 2015 y del 4 de septiembre del mismo año, la compañía aseguradora objetó el siniestro, argumentando que la asegurada, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, no informó que padecía diabetes mellitus 2 y, que había sufrido un infarto al miocardio el 3 de diciembre de 2012.

En esos términos, la negativa de Suramericana se fundamenta en la presunta preexistencia de patologías anteriores a la suscripción de la solicitud de aseguramiento no declaradas por la accionada. Es decir, se trata de un problema fáctico y probatorio consistente en determinar, si la aseguradora tenía elementos probatorios suficientes para declarar que la asegurada fue reticente al momento de declarar sobre su estado de salud, evento en el cual la conducta estaría justificada; o si dicha compañía objetó la reclamación de la póliza de seguro sin soporte probatorio, supuesto en el que la objeción sería rechazada.

Para resolver lo anterior, lo primero que se debe preguntar es ¿cuándo se diligenció por parte de la asegurada la solicitud o declaración de asegurabilidad?, pues a partir de esta fecha se puede determinar si existía o no una preexistencia. Al respecto, los accionantes aportaron la “Solicitud para seguro de vida grupo deudores”[40], expedida por Suramericana, en la cual no está consignada la fecha en la que se suscribió, no obstante, en el escrito de tutela afirmaron que se realizó el 13 de agosto de 2012[41]. Por su parte, la aseguradora y el banco, en la contestación de la acción, no precisaron en qué momento se hizo la respectiva declaración.

Debido a la falta de certeza respecto de la fecha en que se suscribió la declaración de asegurabilidad, en el trámite de revisión surtido por esta Corporación, se requirió a Suramericana para que, de manera concreta, informara: ¿En qué fecha la [asegurada] suscribió la declaración de asegurabilidad, correspondiente al contrato de seguro de vida grupo deudores No.77007?, a lo cual, la aseguradora respondió: “Si bien en la solicitud de seguro no se consignó por parte de la [asegurada] la fecha en que la misma fue diligenciada, ... el inicio de la vigencia de la cobertura data del 23 de diciembre de 2013”. En ese sentido, manifestó que era importante tener en cuenta “que en ningún caso la declaración de asegurabilidad puede haber sido suscrita con 6 meses de anticipación a la fecha del desembolso”.

De esta manera, pretende la aseguradora que se tenga por probado que el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad se dio en alguno momento entre el 23 de diciembre de 2013 y el 23 de junio del mismo año, con el fin de demostrar que, la asegurada fue reticente por no haber declarado las enfermedades que padecía antes de suscribir la declaración (diabetes mellitus 2 e infarto al miocardio, el 3 de diciembre de 2012). Es importante resaltar que, aunque la aseguradora no fundamentó el tema de la vigencia de la declaración de asegurabilidad, la Sala observa que dicha afirmación la hizo con base en el inciso final de la cláusula 11 del contrato de seguro celebrado entre Suramericana y Bancolombia, respecto de las pólizas: 77007-77020-77045-77035[42].

Lo primero que advierte la Sala es que no puede tenerse por probado que la suscripción de la declaración de asegurabilidad haya ocurrido en el lapso que indica la aseguradora. Nada se opone a que la declaración haya ocurrido antes. Esto, debido a que, el término de 6 meses de vigencia de la declaración que alega la aseguradora, se basa en lo dispuesto en el contrato de seguro celebrado exclusivamente entre Suramericana y Bancolombia, lo que implica que, solo incumbe a estas partes la verificación del cumplimiento de dicha condición. En nada afectaría a la asegurada el hecho de que, por ejemplo, el banco desembolsara el crédito a pesar de que la declaración se hubiere hecho más de seis meses antes, porque en ese evento, quien estaría interesada en demandar dicha actuación sería la aseguradora para no asumir riesgos que no fueron previamente definidos. De este modo, es posible concluir que la cláusula de vigencia de la declaración estipulada en el contrato de seguro, es inoponible a la asegurada; con mayor razón, si ninguna de las partes (banco-asegurada) demostró que le hubiera informado sobre la misma.

En segundo lugar, llama la atención de la Sala que, al solicitarle información precisa sobre la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad, la aseguradora omitiera responder bajo la excusa de que la asegurada no “consignó” esa fecha en el respectivo formulario. Para la Sala es inadmisibles que la aseguradora actué en ese sentido. El dominio de la información relacionada con los contratos de seguros, no es una carga que se pueda trasladar al asegurado, son las entidades del sector financiero (bancos-aseguradoras), las que deben en virtud de la ley administrar cuidadosamente esos datos. Así, lo dispone tanto la jurisprudencia constitucional[43], como la Ley 1328 de 2009, al establecer en cabeza de las entidades vigiladas por la Superintendencia Financiera, incluidas aseguradoras, la obligación de “Suministrar información comprensible y publicidad transparente, clara,

veraz, oportuna acerca de sus productos y servicios ofrecidos en el mercado” (art. 7, literal c), así como, el deber de “Elaborar los contratos y anexos que regulen las relaciones con los clientes, con claridad, en caracteres legibles a simple vista, y ponerlos a disposición de estos para su aceptación ...” (art. 7, literal f)

De este modo, no entiende la Sala cómo Suramericana objetó la reclamación del pago de la indemnización derivada de la póliza de seguro, argumentando que supuestamente la asegurada incurrió en reticencia por no haber declarado que “tenía antecedentes de Diabetes Mellitus 2, Infarto Agudo Al miocardio sufrido el 03/12/2012 desde antes de diligenciar la solicitud de ingreso” o declaración de asegurabilidad, cuando ni siquiera tenía certeza sobre el momento en que fue diligenciado este documento, que es de trascendental importancia en la formación del contrato de seguro.

Recuerda la Sala que, las aseguradoras tienen el deber legal y constitucional de administrar y suministrar la información relacionada con los contratos de seguros a fin de brindar claridad a los asegurados sobre las condiciones en las que se celebra el negocio. Se trata de una obligación que se impone no solo en virtud de las expresas disposiciones legales en la materia sino por el marcado carácter profesional de las sociedades aseguradoras que, en buena medida, explica que respecto de ellas el Estado cumpla funciones de autorización, intervención, inspección, vigilancia y control. El desarrollo de operaciones en masa por parte de las aseguradoras no las releva y, por el contrario les exige actuar con especial cuidado en la administración y custodia de la documentación mediante la cual instrumentan sus relaciones contractuales.

Los clientes y usuarios del sistema financiero -ambos consumidores a la luz de lo dispuesto los arts. 1º y 5º de la Ley 1328 de 2009-, tienen un derecho subjetivo a que las entidades actúen conforme a los estándares más exigentes de diligencia. En muchas ocasiones de la suerte que tengan las relaciones que las personas establecen con las entidades del sistema financiero, depende la realización de los planes de vida más importantes. No es admisible que a pesar de la importancia de estas actividades ocurra, como en el presente caso, que la oposición de la aseguradora se funde en un documento cuya fecha de suscripción no se ha demostrado por la aseguradora -quien ha debido orientar a la madre de los accionantes- y, en una cláusula que en principio era inoponible a la asegurada.

Destaca la Corte que, en virtud del principio de buena fe calificada, que caracteriza al contrato de seguro, y en cumplimiento de la carga de lealtad[44], las objeciones presentadas a las solicitudes de pago de las indemnizaciones derivadas de una póliza de seguro, deben tener fundamento fáctico y probatorio, pues de lo contrario, se presentaría un abuso de la posición dominante, que vulneraría los derechos fundamentales de los asegurados, entre ellos, el mínimo vital.

En ese orden, concluye la Sala que la conducta de Suramericana, en el sentido de negar el pago de la póliza de seguro, sin sustento fáctico ni probatorio, comporta una actuación contraria a los deberes constitucionales y legales de las aseguradoras, que por un lado, desconoce los principios de buena fe y lealtad en los que se basa el contrato de seguro, y por el otro, lesiona el derecho fundamental al mínimo vital de dos jóvenes hermanos, que ante la ausencia de su madre han tenido que destinar los ingresos necesarios para subsistir, al pago de la deuda derivada de un crédito hipotecario, que en virtud de la póliza de seguro No.77007, corresponde asumir a la aseguradora.

6.3. Órdenes de amparo

En consecuencia, la Sala revocará los fallos de tutela de primera y segunda instancia que negaron por improcedente el amparo. En su lugar, concederá la protección al derecho fundamental al mínimo vital de los accionantes y, en consecuencia, ordenará a Seguros de Vida Suramericana S.A., que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, proceda a hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario No.2099-320171036, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la señora Ruth Parra Chacón con Bancolombia S.A. Así mismo, ordenará al Banco Bancolombia S.A., primero, que se abstenga de iniciar cualquier tipo de cobro (judicial y/o extrajudicial) en contra de los accionantes por el crédito o créditos del cual es deudor, el cual deberá cubrir la aseguradora accionada y, segundo, que, en caso de que los demandantes hayan continuado cancelando con posterioridad a la fecha de la muerte de la señora Ruth Parra Chacón, esto es, 3 de mayo de 2014, las respectivas cuotas del crédito por ella adquirido, realice la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- REVOCAR la sentencia dictada por el Juzgado Cuarenta (40) Civil del Circuito de Bogotá D.C., el 5 de junio de 2015, que confirmó la sentencia del Juzgado Sesenta y Cuatro (64) Civil Municipal de la misma ciudad, que a su vez negó por improcedente el amparo constitucional reclamado por la señora María Fernanda Díaz Parra y Juan Camilo Díaz Parra y, en su lugar, CONCEDER el amparo de su derecho fundamental al mínimo vital.

Segundo.- ORDENAR a Seguros de Vida Suramericana S.A., que en el término de cuarenta y ocho (48) horas, proceda a hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario No.2099-320171036, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la señora Ruth Parra Chacón con el Banco Bancolombia S.A.

Tercero.- ORDENAR al Banco Bancolombia S.A. abstenerse de iniciar cualquier tipo de cobro (judicial y/o extrajudicial) en contra de la señora María Fernanda Díaz Parra y el señor Juan Camilo Díaz Parra por el crédito o créditos del cual es deudor, el cual deberá cubrir la aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A.

Cuarto.- ORDENAR al Banco Bancolombia S.A. que, en caso de que la señora María Fernanda Díaz Parra y el señor Juan Camilo Díaz Parra hayan continuado cancelando con posterioridad a la fecha de la muerte de la señora Ruth Parra Chacón, esto es, 3 de mayo de 2014, las respectivas cuotas del crédito por ella adquirido, se realice la devolución de dichas sumas a los accionantes dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Quinto.- Por Secretaría General, LÍBRESE las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

MYRIAM ÁVILA ROLDÁN

Magistrada (E)

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Fol. 49. En adelante, cuando se cite un folio se entenderá que hace parte del cuaderno principal, salvo que se manifieste lo contrario.

[2] Según consta en la copia del oficio de fecha del 30 de agosto de 2012, dirigido por Bancolombia a la señora Ruth Parra Chacón, en el que le informa acerca de la aprobación del crédito hipotecario, Fol.12.

[4] Según consta en la copia del Registro Civil de Defunción, la señora Ruth Parra Chacón falleció el 3 de mayo de 2014, en Garzón (Huila), Fol. 9.

[5] Según consta en los Registros Civiles de Nacimiento, los jóvenes María Fernanda Díaz Parra y Juan Camilo Díaz Parra son hijos de la señora Ruth Parra Chacón. Fols. 10 y 11.

[6] Fol. 15.

[7] Fol. 123.

[8] Fol. 17.

[9] Fol. 20.

[10] Fol. 46. Según consta en la copia de la cédula de ciudadanía, la accionante nació el 2 de diciembre de 1992.

[11] Fol. 45. Según consta en la copia de la cédula de ciudadanía, el accionante nació el 26 de septiembre de 1996.

[12] La joven María Fernanda Díaz Parra adjuntó: (i) constancia de estudios expedida por la Universidad ECCI, el 24 de febrero de 2015, en la que se certifica que está cursando materias de octavo y noveno semestre de Ingeniería Industrial. Fol. 43; y (ii) constancia laboral expedida por el Banco Corbanca, el 11 de marzo de 2015, en la que se certifica que se desempeña en el cargo de Auxiliar, con un sueldo básico mensual de \$999.314.00 Fol. 44.

[13] Según consta en la copia del dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral y determinación de la invalidez del señor Carlos Arturo Díaz Ariza, expedido el 7 de octubre de 2010. Fols. 38 a 42.

[14] En este punto, la accionada citó apartes de la Sentencia C-232 de 1997.

[15] El Juzgado Sesenta y Cuatro (64) Civil Municipal de Bogotá, mediante auto del 10 de abril de 2015, dispuso admitir la presente acción de tutela y, vincular a Bancolombia S.A. Fol. 98.

[16] Fol. 111.

[17] Fols. 135 a 137.

[18] Fols. 28 y 29 del cuaderno de pruebas.

[19] El certificado de ingresos expedido por el Banco Corbanca hace constar que la accionante recibe mensualmente un salario de \$1.455.594. Sin embargo, de acuerdo con la copia de la orden de pago de nómina, expedida por el mismo banco, el 15 de octubre de 2015, la accionante recibió por concepto de salario \$654.294. Esto, luego de los descuentos correspondientes a la cuota del fondo de empleados, la retención de no sindicalizados y la cuota del crédito adquirido con Superfondo. De igual modo, se observa que el 30 de septiembre de 2015, por concepto de salario, una vez hecho los descuentos de ley, recibió \$437.203. Fols. 34 a 36 del cuaderno de pruebas.

[20] Según consta en la factura expedida por el Conjunto Residencial Parque Central

Bonavista, la accionante está en mora de pagar \$183.929, correspondientes a las cuotas de los meses de septiembre y octubre de 2015. Fols. 42 a 45 del cuaderno de pruebas.

[21] Según consta en el plan de pagos expedido por el fondo de empleados, Superfondo, la señora María Fernanda Díaz Parra adquirió un crédito por la suma de 3.000.000, diferido a 24 cuotas que oscilan entre los \$145.583 y \$125.495.

[22] Fols. 33 a 51 del cuaderno de pruebas.

[23] Fols 52 a 54 del cuaderno de pruebas.

[24] Fol. 74 del cuaderno de pruebas.

[25] Fols. 82 a 93 del cuaderno de pruebas.

[26] El Decreto 663 de abril 5 de 1993, por medio del cual se actualiza el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, establece que la estructura del sistema financiero y asegurador está conformada por los establecimientos de crédito, las sociedades de servicios financieros, sociedades de capitalización, entidades aseguradoras y por los intermediarios de seguros y reaseguros, siendo catalogados los establecimientos bancarios (numeral 2º) como instituciones de crédito y las compañías de seguros como entidades aseguradoras (numeral 1º del artículo 5º).

[27] En la Sentencia T-738 de 2011, esta Corporación sostuvo que “las razones para hacer procedente la acción de tutela contra estas entidades ha tenido en cuenta, en general, que las actividades financieras – dentro de las que se encuentran la bancaria y aseguradora-, en tanto relacionadas con el manejo, aprovechamiento e inversión de recursos captados del público es una manifestación de servicio público o que al menos involucra una actividad de interés público de acuerdo con el artículo 355 Constitucional”. En el mismo sentido, en la Sentencia T-222 de 2014, la Corte explicó que “la actividad financiera involucra no solo un interés particular, sino también un interés público. En efecto, el mal funcionamiento de este sector puede causar efectos de proporciones insospechadas. Cuando los ciudadanos acuden a estas entidades para tomar sus servicios, están otorgándoles un voto de confianza “cuyo quebrantamiento puede generar consecuencias catastróficas para la economía de un país”.

[28] La Corte ha señalado que, en estos casos existe una relación asimétrica entre las partes, toda vez que los bancos y las aseguradoras tienen atribuciones que les otorgan ciertas ventajas sobre los particulares que suscriben sus servicios. Esta situación se evidencia, por ejemplo, en la naturaleza de los contratos que usualmente ofrecen estas entidades, toda vez que la gran mayoría son contratos de adhesión que no permiten la participación o discusión de los usuarios y que son realizados por la entidad bancaria o aseguradora, de acuerdo a sus intereses. De ese modo, la Corte lo ha manifestado en las Sentencias T-402 de 2015, T-316 de 2015, T-222 de 2014, T-751 de 2012, entre otras.

[29] En este evento, el accionante adquiere la obligación de acudir a las instancias ordinarias durante los cuatro (4) meses siguientes para que allí se desarrolle el debate jurídico de fondo sobre los hechos planteados en su demanda. Ver Decreto 2591 de 1991, artículo 8º.

[30] Ver Decreto 2591 de 1991, artículo 6º.

[31] En ese sentido, se puede consultar la Sentencia T-402 de 2015, título II, numeral 3.

[32] Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015.

[33] Este tipo de cláusulas generales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

[34] Corte Constitucional, sentencias T-316 de 2015, T-222 de 2014, entre otras.

[35] Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014.

[36] En esa oportunidad, la Corte manifestó: “De las pruebas allegadas al expediente, se deduce que simultáneamente a la adquisición del crédito, la actora llenó el formulario para ingresar a la póliza como asegurada, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o como efectivamente ocurrió, por incapacidad total y permanente, Colseguros S. A. se ha[ría] cargo del saldo insoluto de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.|| Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un

principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer (...) || En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.

[37] Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015.

[38] Se estima que los ingresos que recibe mensualmente la accionante, por concepto de salario, ascienden aproximadamente a \$1.000.000, en razón a que, en la última quincena de septiembre de 2015 recibió \$437.203 y, en la primera quince de octubre del mismo año, le consignaron \$654.294. Fols. 35 y 36 del cuaderno de pruebas.

[39] Fol. 84 del cuaderno de pruebas.

[40] Fol. 13

[41] Fol. 1.

[42] Bancolombia en repuesta al Auto de pruebas del 13 de octubre de 2015, remitió copia del contrato de seguro celebrado con Suramericana S.A., correspondiente a la póliza número 77007 y otras. Fols. 84 a 93 del cuaderno de pruebas.

[43] Supra II, 5.2.

[44] Supra II, 5.4.