

Sentencia T-751/12

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA PARTICULAR DEL SISTEMA FINANCIERO Y ASEGURADOR-Reiteración de jurisprudencia sobre su procedencia

ESTADO DE INDEFENSION FRENTE A ENTIDADES DEL SISTEMA FINANCIERO-Posición dominante/ENTIDAD BANCARIA-Posición dominante

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS Y ESTADO DE DEBILIDAD MANIFIESTA-Procedencia excepcional

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS Y EXISTENCIA DE OTRO MEDIO DE DEFENSA JUDICIAL-Procedencia excepcional para evitar perjuicio irremediable

CONTRATO DE SEGURO-Naturaleza y características

CONTRATO DE SEGURO-Condiciones generales y particulares

CONTRATO DE SEGURO-Perspectiva constitucional

CONTRATO DE SEGURO-Partes deben tener acceso equitativo a información relevante sobre alcance del riesgo asegurado y cobertura real del contrato

ACCION DE TUTELA EN MATERIA DE CONTRATO DE SEGUROS-Procedencia cuando incide en los derechos fundamentales y cumple el principio de subsidiariedad

DERECHO A LA SALUD-Cubrimiento de contratos de seguros de salud

CONTRATO DE SEGURO-Autonomía de la voluntad y buena fe calificada

CONTRATO DE SEGURO-Preexistencias no planteadas cuando entidad aseguradora no efectúa examen médico al momento de suscripción

DERECHO AL MINIMO VITAL-Vulneración por compañía de seguros al no pagar póliza de seguro por considerar que enfermedad que ocasionó pérdida de capacidad laboral se trataba de preexistencia no informada al momento de la suscripción

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Devolución de cuotas de crédito si se han continuado cancelando con posterioridad a la fecha de estructuración de invalidez

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Pago de saldos insolutos de obligaciones crediticias a entidad bancaria como tomador de póliza de seguro de vida grupo deudores

Referencia: expedientes T-3464362 y T-3478279 (Acumulados)

Acciones de tutela instauradas por María Eugenia Portillo Linares contra BBVA Seguros de Vida Colombia y por Neila María Barreto contra Davivienda S.A. y Seguros Bolívar S.A.

Magistrada ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de septiembre de dos mil doce (2012)

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

SENTENCIA

En el proceso de revisión de los fallos proferidos en el expediente T-3464362, en primera instancia, por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar el doce (12) de diciembre de dos mil once (2011) y, en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar el quince (15) de febrero de dos mil doce (2012), y en el expediente T-3478279, en primera instancia, por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Ibagué el veintiuno (21) de noviembre de dos mil once (2011) y, en segunda instancia, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué el once (11) de enero de dos mil doce (2012), dentro de los procesos de tutela iniciados por María Eugenia Portillo Linares contra BBVA Seguros de Vida Colombia y por Neila María Barreto contra Davivienda S.A. y Seguros Bolívar S.A.¹

La Sala de Selección No. Cinco de la Corte, en Auto del veintitrés (23) de mayo de dos mil doce (2012) dispuso acumular los expedientes T-3464362 y T-3478279 por presentar unidad de materia, para que fueran fallados en una sola sentencia si así lo consideraba la Sala de Revisión.

Para esta Sala de Revisión procede la acumulación decretada por la Sala de Selección, por existir identidad en los hechos que motivan las dos acciones, y en razón a ello se producirá un solo fallo para decidirlos. Considerando la similitud de los hechos y las instancias judiciales, la Sala procederá a exponer de manera resumida los antecedentes y las decisiones judiciales de los expedientes.

I. Antecedentes del expediente T-3464362

1. Hechos

1.1. El 16 de enero de 2004 el Banco Granahorrar, hoy Banco BBVA, le otorgó a la

accionante, María Eugenia Portillo Linares, un crédito para la compra de vivienda por valor de \$20.000.000, que amparó a través de un seguro de vida grupo deudores que tomó el citado Banco con Seguros Alfa S.A, hoy BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. que inició su vigencia en la misma fecha y garantizaba el pago del crédito ante la muerte o la incapacidad total y permanente de la señora Portillo Linares.²

1.2. La accionante trabajaba como docente en el Instituto Técnico La Esperanza de Valledupar. El 29 de marzo de 2010 fue valorada por medicina laboral a través de Fiduprevisora S.A., calificándola con una pérdida de la capacidad laboral del 91,15% por enfermedad común, por padecer deficiencia por esquizofrenia y deficiencia por alteraciones emotivas, estableciendo como fecha de declaratoria de la pérdida de la capacidad laboral el 20 de abril de 2010.³

1.3. El 28 de junio de 2010 la peticionaria solicitó a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A hacer efectiva la póliza de seguro que amparaba la incapacidad total y permanente de la señora Portillo Linares, y así cancelar los saldos insolutos del crédito adquirido con el banco BBVA.

1.4. El 24 de agosto de 2010 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. negó la reclamación presentada por la actora aduciendo reticencia al momento de celebrar el contrato de seguro, ya que la accionante, al presentar la solicitud individual para suscribir el mencionado seguro el 16 de enero de 2004, había omitido declarar que padecía de cáncer, el cual había sido diagnosticado el 28 de febrero de 2000.⁴

1.5. El 25 de noviembre de 2011 la accionante interpuso acción de tutela en la cual solicita se haga efectivo el seguro de vida grupo deudores No. 0110043 y en consecuencia se cancelen los saldos insolutos a 20 de abril de 2010 del crédito tomado por ella con el Banco BBVA.

Finalmente, la peticionaria precisó en su escrito de tutela que si bien la aseguradora se había negado a hacer efectivo el amparo de la póliza de seguro por la preexistencia de la enfermedad, “el seguro tomado no es para amparar enfermedades si no (sic) el pago de la deuda o saldo de las deudas por muerte del asegurado o por incapacidad total y permanente (...)”.

2. Respuesta BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., a través de su representante legal, se opuso a las pretensiones de la accionante. En primer lugar, señaló que existen otros medios de defensa judicial para dirimir esta clase de conflictos. Así mismo, aseguró que la señora Portillo Linares fue reticente al momento de diligenciar la declaración cuando tomó el seguro, pues omitió señalar que presentaba diagnóstico de cáncer de tiroides, tal como se indicaba en la historia clínica de la Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social del 28 de febrero de 2000, y señaló:

“Estas circunstancias afectan directamente el contrato, y la omisión en informarlas al asegurador es conocida como dolo negativo o reticencia contenida en el artículo 1058 del Código de Comercio, norma de carácter imperativo de obligatorio cumplimiento por principio de territorialidad de la ley. En ese sentido debemos resaltar que no es de recibo el argumento de la señora María Eugenia Portillo Linares, respecto de que el seguro tomado no es para amparar enfermedades sino el pago de la deuda, toda vez que el legislador establece específicamente el deber de declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el riesgo”.⁶

3. Decisión del juez de tutela de primera instancia

El doce (12) de diciembre de dos mil once (2011), el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar tuteló los derechos fundamentales al debido proceso y al mínimo vital de la accionante, pues de conformidad con la jurisprudencia constitucional las aseguradoras deben dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato para evitar ambigüedades en el texto del contrato, y en el caso bajo estudio la entidad accionada no realizó los exámenes correspondientes para establecer el estado de salud de la señora Portillo Linares. En consecuencia, ordenó al Banco BBVA, como tomador de la póliza No. 0110043 seguro de vida grupo deudores, pagar los saldos insolutos a abril 20 de 2010 de la obligación No. 510-9670021512.

4. Impugnación

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. impugnó la sentencia de tutela de primera instancia bajo los mismos argumentos expuestos en la contestación de la acción de tutela.

5. Decisión del juez de tutela de segunda instancia

El quince (15) de febrero de dos mil doce (2012), el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar revocó la sentencia del juez de tutela de primera instancia y resolvió negar las pretensiones de la accionante, sosteniendo que la peticionaria tenía otros mecanismos judiciales para solucionar este tipo de controversias.

II. Antecedentes del expediente T-3478279

1. Hechos

1.1. El 6 de junio de 2008 el Banco Davivienda le otorgó un crédito al señor Ariostomo Ocampo Polo, cónyuge de la accionante, por valor de \$9.000.000, el cual fue amparado con un seguro de vida ITP de la compañía Seguros Bolívar S.A.⁷ que inició su vigencia en la misma fecha y garantizaba el pago del crédito ante la muerte o la incapacidad total y permanente del señor Ocampo Polo.

1.2. El 20 de marzo de 2010 la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima determinó que el señor Ocampo Polo presentaba una pérdida de la capacidad laboral del 85.50%, como consecuencia de un accidente cerebrovascular y las enfermedades diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo y depresión. Así mismo, se fijó como fecha de estructuración de la invalidez el 10 de noviembre de 2009.⁸

1.3. El 5 de abril de 2010 el señor Ocampo Polo solicitó a Davivienda y Seguros Bolívar realizar los trámites necesarios para que el seguro adquirido al momento de tomar el crédito amparara el monto que restaba por cancelar, ya que presentaba una incapacidad total y permanente.

1.4. El 30 de abril de 2010 Seguros Bolívar S.A. negó el pago del crédito solicitado por el señor Ocampo Polo, pues adujo que en la declaración de asegurabilidad el señor Ariostomo Ocampo había manifestado que no padecía ninguna enfermedad, sin embargo, con anterioridad a la suscripción de la póliza, se le había diagnosticado diabetes mellitus, pie diabético, hipertensión arterial y enfermedad coronaria. En consecuencia, con esta omisión

se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad del contrato de seguro.⁹

1.5. El 11 de julio de 2011 falleció el señor Ocampo Polo.¹⁰

1.6. El 26 de julio de 2011, la señora Neila María Barreto, cónyuge del señor Ocampo Polo, elevó una nueva solicitud al banco Davivienda para que se hiciera efectiva la póliza de seguro que amparaba el crédito adquirido por su cónyuge ante el fallecimiento de éste.¹¹

1.7. Davivienda trasladó esta petición a Seguros Bolívar,¹² entidad que dio respuesta negativa a la misma el 5 de octubre de 2011, reiterando que el señor Ocampo había incurrido en una conducta reticente al omitir en su declaración las enfermedades que padecía.¹³

1.8. En noviembre de 2011 la peticionaria interpuso acción de tutela para que se ordenara a Seguros Bolívar S.A. realizar “el trámite necesario para pagar a Davivienda, como tomador de la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por el asegurado con dicho banco, a partir de la fecha en que se estructuró la invalidez (10 de noviembre de 2009)”. Así mismo, solicitó el reembolso de la totalidad de las sumas de dinero canceladas por concepto de la obligación crediticia adquirida por su cónyuge a partir del 10 de noviembre de 2009 hasta mayo de 2011, fecha de la última cuota cancelada.

La señora Barreto asegura que las entidades accionadas le están dando una interpretación errónea a la historia clínica de su cónyuge, toda vez que el contrato de seguro se suscribió en junio de 2008, y el antecedente de la enfermedad de diabetes mellitus data del 27 de noviembre del mismo año, mientras que el accidente cerebrovascular ocurrió el 10 de noviembre de 2009, el mismo día en el que se estructuró la invalidez del señor Ocampo Polo. Agrega que a pesar de la invalidez de su cónyuge, siguieron cancelando las cuotas mensuales derivadas del crédito hasta mayo de 2011, “fecha en la que se hizo económicamente insostenible cumplir con ese deber debido a mi condición de debilidad manifiesta, y a la fecha de esta acción el crédito presenta una mora de más de 140 días”.

Finalmente, aduce la peticionaria que solicitó la pensión de sobreviviente pero aún no se la han reconocido, por lo que no tiene una fuente de ingresos y es madre cabeza de familia de dos menores de edad de 14 y 16 años.

2. Respuesta de Davivienda S.A.

Davivienda S.A., a través de su representante legal, se opuso a las pretensiones de la accionante argumentando que la peticionaria tiene otros medios judiciales de defensa.

3. Respuesta de Seguros Bolívar S.A.

Seguros Bolívar S.A. dio respuesta a la acción de tutela a través de apoderado solicitando se declarara la improcedencia de la misma. La entidad accionada reiteró que el señor Ocampo no informó su verdadero estado de salud en la declaración de asegurabilidad, por lo que incurrió en reticencia que generó la nulidad relativa del contrato. Igualmente, indicó que la tutela no es procedente por cuanto existen otros medios de defensa judiciales.

4. Decisión del juez de primera instancia

El veintiuno (21) de noviembre de dos mil once (2011), el Juzgado Tercero Civil Municipal de Ibagué negó el amparo a los derechos fundamentales de la accionante argumentando que existían otros mecanismos judiciales de defensa, debiendo acudir a la jurisdicción civil ordinaria. Agregó también que la controversia giraba en torno a un derecho eminentemente patrimonial no susceptible de amparar a través de la acción de tutela.

5. Impugnación

La actora impugnó el fallo de tutela de primera instancia reiterando los argumentos expuestos en la acción de tutela.

6. Decisión del juez de tutela de segunda instancia

El once (11) de enero de dos mil doce (2012), el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué confirmó la sentencia del juez de tutela de primera instancia, pues consideró que la peticionaria tenía otras vías judiciales para obtener sus pretensiones.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Competencia

La Sala es competente para revisar los fallos de tutela referidos, de conformidad con lo

dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución, y 33 y 34 del Decreto 2591 de 1991.

2. Planteamiento de los problemas jurídicos

¿Vulneraron las entidades accionadas el derecho fundamental al mínimo vital de las accionantes (María Eugenia Portillo Linares y Neila María Barreto) al negarse a hacer efectivas las pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparaban las respectivas obligaciones crediticias adquiridas por la señora Portillo Linares y el cónyuge de la señora Barreto, argumentando que habían sido reticentes al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, pues habían omitido informar de enfermedades que padecían con anterioridad a la suscripción de los respectivos contratos de seguros?

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

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

3.2. El Decreto 2591 de 1991 establece los casos a que hace mención la norma constitucional, y dispone en su artículo 42, que “[l]a acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos: (...) 9. Cuando la solicitud sea para tutelar 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.”

3.3. La jurisprudencia constitucional ha precisado que la subordinación se refiere a una relación de índole jurídica, en la que una persona depende de otra, mientras que la indefensión hace referencia a la situación en la que una persona “ha sido puesta en una

situación que la hace incapaz de repeler física o jurídicamente las agresiones de las cuales viene siendo objeto por parte de un particular, las cuales ponen en peligro sus derechos fundamentales. En otras palabras, no tiene posibilidades jurídicas ni fácticas para reaccionar defendiendo sus intereses. En cada caso, el juez debe realizar un análisis relacional con la finalidad de determinar el estado de indefensión en la que se encuentra la persona”.¹⁴

Con base en lo anterior, esta Corporación ha destacado la situación de indefensión en que pueden encontrarse los ciudadanos frente a las entidades del sistema financiero, toda vez que dichos establecimientos gozan de una posición dominante en el mercado frente a los usuarios. En este sentido, en la sentencia T-1085 de 2002,¹⁵ esta Corte indicó que las entidades bancarias ostentan una posición dominante frente a los usuarios del sistema, en la medida en que son “ellas quienes fijan los requisitos y condiciones de los créditos, tasas de interés, sistemas de amortización, etc. Son ellas las depositarias de la confianza pública por el servicio que prestan, y sus actos gozan de la presunción de veracidad por parte de los clientes”.¹⁶

3.4. Ahora bien, al referirse a las compañías de seguros, esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando estén amenazados derechos fundamentales como la vida, la salud o el mínimo vital, resulta procedente el amparo constitucional.¹⁷ Por lo tanto, si la controversia sobre el objeto asegurado es puramente económica no tendría cabida la tutela, pues el conflicto se dirimiría ante la jurisdicción ordinaria, pero si tiene efectos sobre la vida o el mínimo vital de una persona puede ser viable la acción de tutela para amparar tales derechos fundamentales ante la falta de idoneidad y agilidad del medio ordinario de defensa judicial.

3.5. Frente a las circunstancias del presente caso, es claro que las accionantes han orientado su reclamación a la efectiva protección de su derecho fundamental al mínimo vital, lo cual se lograría a través del reconocimiento de los seguros vida que adquirieron con las entidades aseguradoras accionadas para garantizar el pago de los créditos que les fueron otorgados por las respectivas entidades bancarias.

Ello teniendo en cuenta la precaria situación económica que aqueja a la señora Neila María Barreto, pues no posee en la actualidad una fuente de ingresos, ya que está a la espera de

que se reconozca la pensión de sobrevivientes, aunado a que es madre cabeza de familia de dos menores de edad.¹⁸ En cuanto a la señora María Eugenia Portillo Linares, ésta sufre una discapacidad que le impide trabajar¹⁹ y es madre cabeza de familia de dos menores de edad.²⁰ Las circunstancias descritas evidencian su estado de debilidad manifiesta en los términos del artículo 13-3 de la Constitución Política.

3.6. Cabe anotar que las accionantes podrían acudir a la jurisdicción ordinaria para exponer ante ella sus diferencias con las aseguradoras; sin embargo, esa vía judicial no se ofrece como una protección oportuna y efectiva para sus derechos fundamentales, teniendo en cuenta que está en riesgo cierto su derecho al mínimo vital, por lo que se requiere, de ser factible conforme a los términos del contrato de seguro, adoptar medidas urgentes para evitar un perjuicio irremediable. Bajo estos supuestos la acción de tutela se torna procedente incluso como mecanismo definitivo de protección constitucional.

4. Naturaleza y características del contrato de seguro

4.1. Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes. Además, la Corporación ha negado que las aseguradoras presten un servicio público, reconociendo así el carácter comercial de sus actividades.

4.2. En el marco del derecho comercial, el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva (art. 1036, Co. de Co) y de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio²¹ sus cláusulas comprenden las condiciones generales de la póliza de seguro, así como las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades del contrato en relación con un determinado asegurado. Resulta ilustrativo citar la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde se explican las diferencias entre las anotadas condiciones de los contratos de seguros:

“Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que

integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”.²²

4.3. Por lo tanto, es posible diferenciar entre dos clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, están las condiciones particulares, que definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para definir el alcance de la cobertura no basta con referirse a las condiciones generales sino que es necesario determinar además las condiciones particulares y específicas.

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

4.5. Para analizar el cumplimiento de esa condición no basta con referirse a las condiciones generales del contrato, sino que deben tomarse en cuenta aquellas particulares de cada

negocio, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada en cada caso, y por medio de la cual se definen con precisión los contornos de la relación.

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

Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.

4.7. Sin embargo, desde la otra orilla de la relación, la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.

4.8. Por tales razones, en concepto de esta Corporación, cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura.

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

5. Jurisprudencia constitucional relativa al contrato de seguro

5.1. Dada la naturaleza primordialmente legal (civil y comercial) del contrato de seguros, la Corte Constitucional sólo se ha pronunciado en discusiones derivadas de su cumplimiento cuando se demuestra que el asunto tiene incidencia en la vigencia de derechos fundamentales, y se cumplen las condiciones generales del principio de subsidiariedad.

5.2. En ese marco, la jurisprudencia constitucional se ha pronunciado principalmente sobre controversias derivadas de la suscripción de contratos de medicina prepagada, en los que se encuentra inmerso tanto un interés comercial como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Reglas que, posteriormente, y precisamente en torno a la eficacia del derecho a la salud, fueron aplicadas por la Corporación a discusiones asociadas al cubrimiento de contratos de seguros de salud. En escenarios como estos, a la autonomía de la voluntad (fundamento y guía de todo contrato), y la buena fe calificada (aspecto cardinal del contrato de seguros), la Corte añadió la existencia de determinados límites necesarios para la protección de derechos fundamentales, que deben ser asumidos por las empresas aseguradoras, debido al interés público que conlleva el giro de sus actividades.

Esos límites se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato.²³

En aquella oportunidad el Banco Agrario de Colombia le había otorgado un crédito a la accionante, que amparó con un seguro de vida de la compañía Colseguros S.A. Con posterioridad, a la peticionaria le dictaminaron pérdida de la capacidad laboral del 77.5%, por lo que solicitó a la entidad aseguradora hacer efectiva la póliza que amparaba el crédito. Sin embargo, la entidad objetó la reclamación argumentando que la disfonía que padecía provenía de tiempo anterior al momento en que tomó la póliza.

La Corte Constitucional 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. Al respecto dijo esta Corporación:

“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”.

5.4. Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.

Sin embargo, es de la naturaleza del contrato de seguro la posibilidad de un cálculo probabilístico del riesgo como medio para estimar la adecuada contraprestación del asegurador (de esa forma se concreta el carácter oneroso, bilateral y aleatorio del contrato), lo que explica la regla legal establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

5.5. Por ello, lo establecido en aquella oportunidad (sentencia T-832 de 2010) debe entenderse en el marco del caso concreto: es decir, en un escenario en que se pretendieron hacer valer cláusulas genéricas y ambiguas con el propósito de establecer supuestas preexistencias excluidas de cobertura, lo que riñe con el principio de buena fe. Esa ambigüedad no fue reducida expresamente mediante exclusiones taxativas y precisas, ni mediante exámenes adecuados para establecer el estado de salud de la peticionaria.

5.6. En los casos objeto de estudio, no observa la Sala que se presente la misma ambigüedad, debido a que dentro de las condiciones particulares de cada una de las solicitudes de aseguramiento, los peticionarios declararon expresamente no tener las

enfermedades que posteriormente generaron la objeción de las aseguradoras accionadas (cáncer de tiroides, en un caso; y diabetes, en el otro). No sería razonable por parte del juez constitucional defender, en una relación contractual signada por una especial consideración a la buena fe, que los usuarios tienen el derecho a ocultar información que conocen, especialmente cuando lo que está de por medio es el cubrimiento de un crédito de consumo ordinario.

Según lo expuesto, en los casos objeto de estudio, la Sala no observa que las entidades aseguradoras accionadas hayan decidido objetar las reclamaciones basándose en cláusulas indeterminadas y genéricas, como sí ocurrió en el asunto analizado en la sentencia T-832 de 2010. Lo que se presenta en esta oportunidad es una controversia basada en el contenido de la declaración de asegurabilidad de los accionantes que, según se ha expresado, viene a completar el contenido del negocio jurídico, junto con las condiciones generales del contrato. Esas declaraciones concretan el sentido específico y concreto de cada contrato particularmente considerado y son, por lo tanto, imprescindibles para determinar si las partes cumplen o no sus obligaciones.

5.7. La discusión se cifra entonces en un problema fáctico y probatorio consistente en indagar si los accionantes faltaron a la verdad al momento de suscribir las solicitudes de aseguramiento, evento en que la objeción de las aseguradoras se hallaría justificada; o si su declaración fue seria y sincera, supuesto en que la objeción debería rechazarse. Estos aspectos, por supuesto, deben ser resueltos en principio ante la jurisdicción ordinaria, en la especialidad civil. Sin embargo, en los trámites acumulados, debido a la condición de especial vulnerabilidad en que se encuentran los accionantes, y en atención a que la efectividad de la póliza incidirá en la eficacia de sus derechos al mínimo vital (en el caso de la señora Neila Barreto) y al mínimo vital y la vivienda digna (en el asunto correspondiente a María Eugenia Portillo), debe ser asumida directamente por el juez de tutela.

La Sala procede a evaluar el aspecto mencionado en los casos objeto de estudio.

6. De los casos concretos.

6.1. Caso de María Eugenia Portillo Linares.

6.1.1. El Banco Granahorrar (hoy, BBVA) tomó un seguro de vida grupo deudores con Seguros

Alfa S.A. (actualmente, Seguros de Vida Colombia S.A.). La señora María Eugenia Portillo Linares adquirió un crédito hipotecario con el Banco citado por valor de \$20.000.000 (Crédito No. 430090002151-2), y suscribió solicitud de aseguramiento dentro del citado seguro de vida grupo, con el objeto de garantizar el pago del saldo insoluto, ante los riesgos de muerte o incapacidad total y permanente.²⁵

6.1.2. En la solicitud de aseguramiento, y anexa al contrato de seguro, suscrita el 5 de enero de 2004, la accionante declaró que su estado de salud era “normal” y refirió no tener conocimiento de enfermedad alguna que la aquejara.²⁶

6.1.3. El 29 de marzo de 2010, el grupo de medicina laboral de Fiduprevisora S.A. calificó a la señora Portillo Linares con pérdida de la capacidad laboral del 91,15%, por deficiencias asociadas a esquizofrenia y alteraciones emotivas, y estableció como fecha de la declaratoria el 20 de abril de 2010. Con base en este dictamen, la actora solicitó a la compañía aseguradora accionada el pago del saldo insoluto del crédito adquirido con el Banco Granahorrar, de conformidad con las cláusulas del contrato de seguros.

6.1.4. BBVA Seguros de Vida Colombia S.A objetó la reclamación, argumentando que la accionante padecía de cáncer de tiroides con anterioridad a la suscripción de la solicitud de aseguramiento, de acuerdo con dictámenes médicos incorporados a su historia clínica, que daban cuenta de la existencia de la enfermedad desde el año 2000 y, por lo tanto, objetó la reclamación, señalando que la peticionaria incurrió en inexactitud y reticencia en su declaración.

6.1.5. Por su parte, la peticionaria alega que el diagnóstico de cáncer de tiroides que tuvo en cuenta la compañía aseguradora para negar el pago de la póliza resultó errado, y precisó que en la actualidad no padece la enfermedad como lo prueba el dictamen de medicina laboral, donde se estableció que su incapacidad asciende al 91,15%, sin mencionar nada asociado al supuesto cáncer de tiroides. Las enfermedades por las que se estableció ese nivel de incapacidad fueron “deficiencia por esquizofrenia” y “deficiencia por alteraciones emotivas”, las cuales no fueron objetadas como inexistentes por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., ni declaradas al momento de suscribir el contrato.

6.1.6. En el caso particular de la peticionaria, la entidad demandada plantea que la accionante faltó a la verdad, lo que acarrea la invalidez del contrato por reticencia, de

conformidad con lo dispuesto por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin embargo, y de acuerdo con lo planteado, para interpretar adecuadamente la relación contractual es preciso observar también las condiciones particulares del contrato suscrito entre las partes, las cuales se encuentran en el formulario o solicitud diligenciada por la accionante, documento que entra a conformar el negocio jurídico.

Así, en el formulario “Solicitud de seguro de incendio y terremoto y vida grupo deudores Banco Granahorrar”, se prevén determinadas preguntas sobre la salud del solicitante. Entre esas preguntas, y para la solución del problema que concierne a la Sala, cabe mencionar las siguientes: “Su estado de salud es normal?”, a la que la accionante respondió “sí”; y “¿Padece o ha padecido enfermedades tales como enfermedades congénitas, cardíacas, vasculares, renales, neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, trastornos inmunológicos, HIV-SIDA, hipertensión arterial de cualquier grado, cáncer, tumores, cirrosis, diabetes o hiperglicemia de cualquier grado?” a la que la peticionaria respondió “no”.

6.1.7. Pues bien, es un hecho cierto que en la historia clínica de la peticionaria existen documentos que se refieren a un diagnóstico de cáncer; frente a esa información la peticionaria aduce que se trató de un diagnóstico errado. En ese marco, debe precisarse si la actuación de la peticionaria al afirmar, mediante la suscripción del formulario de solicitud del seguro que nunca tuvo cáncer comporta la omisión de brindar información imprescindible sobre el estado de riesgo.

6.1.8. En principio, la existencia de ese diagnóstico llevaría a concluir, con la entidad accionada, que la peticionaria faltó a la verdad, pues si un diagnóstico médico determinó que padecía de cáncer, y su obligación contractual consistía en mencionar si tenía o tuvo la enfermedad, ello comportaría el incumplimiento de ese deber, aún en el supuesto de curación. Sin embargo, existen tres elementos de la historia clínica y de la demanda que generan una duda seria sobre ello.

6.1.9. En primer término, se encuentra un diagnóstico del año 1999 en donde se analiza, a partir del diagnóstico clínico inicial, la presencia de cáncer, y se concluye que la peticionaria presentaba unos linfocitos que fueron calificados como benignos²⁷. En tal sentido, resulta plausible que el dictamen clínico inicial haya sido desvirtuado por exámenes diagnósticos posteriores, que descartaron el carácter cancerígeno de una situación de inflamación de

linfocitos (ganglios).

6.1.10. En segundo lugar, en el dictamen de pérdida de capacidad laboral se plantea que las deficiencias médicas de la accionante se asocian a esquizofrenia y problemas emocionales, y no a consecuencias del cáncer que supuestamente pudo haberla afectado, lo que da fuerza a su afirmación sobre la existencia de un diagnóstico errado. Concretamente, debe advertirse que esto no constituye una prueba concluyente sobre la veracidad de la versión de la peticionaria, sino un indicio basado en una regla de la experiencia sobre las consecuencias del cáncer y sus complejos tratamientos, de acuerdo con la cual resulta poco usual que en su dictamen de discapacidad no se encuentren huellas de la enfermedad.

En este punto también es preciso responder una objeción propuesta por la parte accionada: según la entidad, la obligación de declarar sinceramente sobre el estado de salud se asocia a la formación de la voluntad libre de vicios en el negocio jurídico del contrato de seguros, y no a establecer un nexo de causalidad entre una enfermedad determinada y la ocurrencia del riesgo protegido. En ese sentido, afirmó, resulta irrelevante si la peticionaria superó la enfermedad porque en cualquier caso debió informar acerca del dictamen inicial.

La Sala no considera necesario abordar esa discusión, dado el carácter fáctico en que se ubica el análisis. Lo que se desea destacar es que, según las reglas de la experiencia, tanto el cáncer como las terapias a que son sometidos quienes los padecen dejan determinadas secuelas físicas. Es por ello que resulta extraño que ninguna de tales secuelas directamente asociada al cáncer se haya evidenciado en el dictamen de pérdida de la capacidad laboral, aspecto que, según se indicó refuerza la versión de la peticionaria sobre un eventual dictamen erróneo.

6.1.11. El tercer elemento es la propia declaración de la accionante. Analizada en el marco del principio de buena fe, y en virtud de los indicios que apoyan su versión -recién explicados-, resulta plenamente plausible que la peticionaria haya omitido declarar un diagnóstico, considerándolo errado con base en su propio conocimiento sobre su situación de salud.

6.1.12. En adición a lo expuesto, la Sala estima que, ante la duda sobre el conocimiento de

una preexistencia por parte de la peticionaria al momento de declarar, debe adoptarse la posibilidad hermenéutica de la situación fáctica que le conceda un mayor rango de eficacia a sus derechos (principio pro hómine), especialmente si se toma en cuenta que el crédito que respalda la póliza de seguros en cuestión es de carácter hipotecario y que actualmente no cuenta con posibilidad de acceder a puestos de trabajo, en virtud de su discapacidad. En consecuencia, la Sala concluye que no se demostró que la peticionaria hubiera mentido y, por lo tanto, incurrido en reticencia al momento de suscribir la póliza de seguros. En consecuencia, la objeción de la aseguradora accionada a la reclamación carece de sustento.

6.2. Caso de la señora Neila María Barreto.

6.2.1. El señor Ariostomo Ocampo, cónyuge de la peticionaria, actualmente fallecido, tomó con el Banco Davivienda un crédito por valor de \$9.000.000, para lo cual dicho Banco suscribió un contrato de seguro de vida grupo con la compañía Seguros Bolívar el 6 de junio de 2008.

6.2.2. De acuerdo con la declaración de asegurabilidad suscrita el por el señor Ariostomo Ocampo el 27 de mayo de 2008, anexa al contrato de seguro, el amparo cubría la muerte e incapacidad total del crédito, estableciéndose como beneficiaria del seguro a su cónyuge (peticionaria dentro de este trámite).²⁸ Al suscribir la solicitud de aseguramiento (en donde constan las condiciones particulares del contrato de seguros, según se ha explicado, el actor declaró que no padecía de ninguna enfermedad y su estado de salud era normal²⁹. En el documento se incorporó, además, una cláusula remisoria a los artículos 1058 y 1185, en estos términos: de acuerdo con la cual “Si usted falta a la verdad al suscribir esta Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts 1058 y 1158 de Código de Comercio)”.³⁰

6.2.3. El 20 de marzo de 2010 la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima determinó que el señor Ocampo Polo presentaba una pérdida de la capacidad laboral del 85.50%, como consecuencia de un accidente cerebrovascular (ACV), y las enfermedades diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo y depresión. Así mismo, se fijó como fecha de estructuración de la invalidez el 10 de noviembre de 2009. Como base del dictamen se tomó como fundamento la historia clínica completa del señor Ocampo y con base en ésta, se indicó

que la diabetes mellitus fue detectada el 27 de noviembre de 2008.³¹

6.2.4. El 5 de abril de 2010 el cónyuge de la accionante solicitó a la compañía aseguradora hacer efectiva la póliza y, por lo tanto, el pago del saldo insoluto del crédito adquirido con el Banco BBVA, debido a su situación de incapacidad permanente y total.

Seguros Bolívar S.A objetó la reclamación, aduciendo que de acuerdo con la historia clínica del señor Ocampo, éste padecía de diabetes mellitus desde el año 2007, esto es, con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro, por lo que al no haber sido declarada tal enfermedad, incurrió en reticencia e inexactitud.

El señor Ariostomo Ocampo falleció el 11 de julio de 2011, y la accionante inició una nueva reclamación con el objeto de hacer efectiva la póliza suscrita por su esposo. La entidad accionada nuevamente objetó la reclamación con base en los argumentos previamente mencionados.

La accionante asevera que la enfermedad diabetes mellitus fue registrada en la historia clínica de su cónyuge el 27 de noviembre de 2008, esto es, con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro de vida grupo (6 de junio de 2008), tal como se estableció en el dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Tolima, por lo que no es cierta la afirmación de Seguros Bolívar S.A según la cual dicho padecimiento se presentaba desde el año 2007, sin que además adjuntara al proceso de tutela algún certificado médico que así lo determinara.

En el caso de la señora Neila Barreto, la posición de la entidad accionada se basa en la presunta preexistencia de la enfermedad diabetes mellitus, previa la configuración del riesgo de incapacidad permanente, que originó la primera reclamación adelantada por su difunto esposo ante la entidad aseguradora accionada; y la posterior reclamación de la peticionaria ante la ocurrencia del riesgo de muerte de su esposo.

En este caso, observa la Sala que esa posición es evidentemente errónea desde un punto de vista probatorio. De acuerdo con el dictamen de pérdida de la capacidad laboral del señor Ariostomo Ocampo, la enfermedad objeto de la controversia se dictaminó un mes después de suscribir el contrato de seguro con la accionada. No existe ningún elemento probatorio aportado al expediente que sustente la versión de la parte accionada, mientras que el

Dictamen de Pérdida de la Capacidad Laboral del señor Ariostomo Ocampo es una prueba contundente a favor de la narración de los hechos presentada por la accionante.

Por otra parte, el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Ocampo mencionó diversas afecciones, sin que pueda determinarse con seguridad que haya sido la diabetes mellitus la condición médica que desencadenó su pérdida de capacidad laboral.

Se atribuye a la diabetes una deficiencia del 30%; y al accidente cerebrovascular, un 30%; por diversos factores de discapacidad (conducta, comunicación, cuidado de la persona, locomoción, disposición del cuerpo, destreza y situación), un 14% y por minusvalía (orientación, independencia física, desplazamiento, ocupacional, integración social, autosuficiencia económica y en función de la edad), un 28%. Además, es posible leer en la historia clínica: “diabetes 27/11/2008”, y “negativoacv hace 7 meses”.

En ese marco, la actitud de la entidad aseguradora, en el sentido de objetar la reclamación, sin sustento fáctico y probatorio, y en contra de los elementos de convicción que reposan en el expediente, resulta abiertamente caprichosa y, en el marco del caso concreto, comporta no sólo un desconocimiento del debido proceso, sino también una lesión al derecho fundamental al mínimo vital de una persona en condición de debilidad manifiesta.³²

Por lo tanto, se ordenará a las compañías aseguradoras pagar a las respectivas entidades bancarias los saldos insolutos de las obligaciones crediticias en cuestión a la fecha en que se haya estructurado la invalidez de la señora Portillo Linares y el señor Ocampo Polo.

6.2.5. En consecuencia, en el proceso de tutela T-3464362, esta Sala de Revisión revocará la sentencia de segunda instancia proferida el quince (15) de febrero de dos mil doce (2012) por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, y en su lugar, confirmará la sentencia de primera instancia proferida el doce (12) de diciembre de dos mil once (2011) por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar que tuteló los derechos fundamentales de la señora María Eugenia Portillo Linares y en la que se ordenó al banco BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. pagar al banco BBVA los saldos insolutos del crédito por ella adquirido a abril 20 de 2010, fecha en la que se fijó la estructuración de la invalidez.

6.2.6. Por su parte, en el proceso de tutela T-3478279, esta Sala revocará la sentencia del once (11) de enero de dos mil doce (2012) proferida por el Juzgado Primero Civil del Circuito

de Ibagué que a su vez confirmó la sentencia proferida el veintiuno (21) de noviembre de dos mil once (2011) por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Ibagué, y en su lugar, tutelaré los derechos fundamentales de la señora Neila María Barreto, por lo que se ordenará a Seguros Bolívar S.A., que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al banco Davivienda S.A., como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por el señor Ariostomo Ocampo Polo con dicho banco a 10 de noviembre de 2009, fecha de estructuración de la invalidez.

Alcance del amparo.

La Sala ordenará a Seguros Bolívar S.A y BBVA Seguros de Vida Colombia S.A que, dentro de las cuarenta y ocho horas (48) siguientes a la notificación de esta providencia, efectúen el pago de los saldos insolutos de los créditos adquiridos por la señora María Postillo Linares y el señor Ariostomo Ocampo desde la fecha en que declaró la incapacidad total y permanente.

La solicitud de devolución de dinero presentada por las accionantes excede el marco de la acción de tutela. Si las demandantes lo consideran pertinente podrán discutir esa reclamación ante la jurisdicción ordinaria, especialidad civil.

III. DECISIÓN

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

RESUELVE

Primero.- REVOCAR el fallo del quince (15) de febrero de dos mil doce (2012) proferido en segunda instancia por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Valledupar, y en su lugar CONFIRMAR el fallo del doce (12) de diciembre de dos mil once (2011) proferido en primera instancia por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Valledupar que amparó el derecho fundamental al mínimo vital de la señora María Eugenia Portillo Linares.

Segundo.- ORDENAR al banco BBVA que, en caso de que la señora María Eugenia Portillo

Linares haya continuado cancelando con posterioridad a la fecha de estructuración de su invalidez, esto es, el 20 de abril de 2010, las respectivas cuotas del crédito por ella adquirido, se realice la devolución de dichas sumas a la accionante dentro de los ocho (8) días siguientes a la notificación de la presente sentencia.

Tercero.- REVOCAR el fallo del once (11) de enero de dos mil doce (2012) proferido por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Ibagué que a su vez confirmó la sentencia proferida el veintiuno (21) de noviembre de dos mil once (2011) por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Ibagué, y en su lugar, CONCEDER el amparo del derecho fundamental al mínimo vital de la señora Neila María Barreto.

Cuarto.- ORDENAR a Seguros Bolívar S.A. que en el término de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta sentencia, efectúe el trámite necesario para pagar al banco Davivienda S.A., como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto a 10 de noviembre de 2009, de la obligación crediticia adquirida por el señor Ariostomo Ocampo Polo con dicho banco.

Sexto.- Líbrese por Secretaría General la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZALEZ CUERVO

Magistrado

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General

1 Los expediente T-3464362 y T-3478279 fueron escogidos para revisión por medio del Auto de mayo veintitrés (23) de dos mil doce (2012) proferido por la Sala de Selección Número Cinco.

2 Folio 19 del cuaderno principal. En adelante, siempre que se mencione un folio se entenderá que hace parte del cuaderno principal del respectivo expediente, a menos que se diga expresamente que hace referencia a otro cuaderno.

3 Folios 10 a 13.

4 Folio 29 del expediente T-3464362.

5 A folio 72 obra el dictamen médico del 28 de febrero de 2002 donde se le diagnostica cáncer de tiroides.

6 Folio 67.

7 Folio 66.

8 Folios 15 a 18.

9 Folios 24 y 25.

10 A folio 33 obra el registro civil de defunción del señor Ariostomo Ocampo Polo.

11 Folios 26 y 27.

13 Folios 28 y 29.

14 Sentencia T-1040 de 2006 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto).

15 MP. Jaime Araújo Rentería.

16 Ver también las sentencias T-323 de 2003, T-281 de 2004 y T-018 de 2005 (M. P. Alfredo Beltrán Sierra); T-608 de 2004 (M. P. Clara Inés Vargas Hernández) y T-863 de 2005 (M. P. Álvaro Tafur Galvis).

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

18 A folios 35 y 36 del expediente T-3478279 se encuentra las copias de los registros civiles de nacimiento de los hijos de la actora.

19 De acuerdo al dictamen de medicina laboral la peticionaria padece esquizofrenia y alteraciones emotivas.

20 A folio 36 del expediente T-3464362 reposa copia de una declaración extraproceso rendida ante la Notaría Primera del Círculo de Valledupar por la señora Virginia Avelina Maestre en la cual declara que conoce a la señora María Eugenia Portillo Linares desde hace 26 años. Afirma que la accionante es madre cabeza de familia de dos menores de edad y no convive con su cónyuge desde hace más de 9 años, siendo ella la única persona que aporta al sostenimiento de su familia.

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

1) La razón o denominación social del asegurador;

2) El nombre del tomador;

3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;

4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;

5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;

- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- 7) La suma aseguradora o el modo de precisarla;
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y
- 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

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

22 Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil y Agraria -. Sentencia del 2 de mayo de 2000. Expediente No. 6291. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

23 En el caso de los contratos de seguros, esta Corporación ha expresado: "la oposición de preexistencias que no se consignaron de manera explícita en el contrato de seguros en salud para negar el cubrimiento del riesgo reclamado, tiene efectos similares a los que se ocasionan cuando en los contratos de medicina prepagada se pretende utilizar tal posición con la misma intención, es conducta donde hay ejercicio de posición dominante con la que la compañía aseguradora elude la responsabilidad contractual, inobservando de paso el principio de buena fe y con la que se afecta la salud de los asegurados poniendo en riesgo en conexión con ella, sus derechos fundamentales a la vida e integridad personal y por tanto, es viable prodigar su amparo a través de la acción de tutela." Sentencia T-271 de 2006 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández).

24 M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

25 Folios 11 y 12. La incapacidad total y permanente es definida en las condiciones generales del contrato de seguro como "la sufrida por el asegurado como resultado de una

lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia. Dicha incapacidad se considera siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días. La calificación de invalidez determinada por la junta calificadora será superior al 65% y que no haya sido provocada a si mismo por el asegurado”.

26 Folio 19.

27 Folio 45.

28 Folio 66.

29 El formulario suscrito por el señor Ariostomo, en lo pertinente, establece: “(...) en mi calidad de Asegurado Principal, declaro que mi estado de salud es normal porque: 1. No sufrí ni sufro actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes (...) Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta al a verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar bases de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda mi información personal que reposa en sus archivos (...)”.

30 Idem.

31 Folios 15 a 18.

32 M.P. Nilson Pinilla Pinilla. En la sentencia T-832 de 2010 se analizó un caso similar a presente.