

ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL
DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO EN LOS SEGUROS DE VIDA DEUDORES

Por:
JANETH ANGÉLICA GARCÍA HOYOS

Director de la Especialización:
Dr. RICARDO VÉLEZ OCHOA

Trabajo de grado para el título de Especialista en Derecho de Seguros



FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS

BOGOTÁ D.C.

2018

TRABAJO DE GRADO

DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO EN LOS SEGUROS DE VIDA DEUDORES

JANETH ANGÉLICA GARCÍA HOYOS

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS
ESPECIALIZACIÓN DERECHO DE SEGUROS
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

BOGOTÁ D.C.

2018

Nota de advertencia: “La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
1. CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente MARÍA VICTORIA CALLE. Sentencia T-316 del 22 de mayo de 2015. Referencia: Expedientes T-4698859, T-4712587, T-4707706 y T-4708930.....	3
1.1. RESEÑA	3
1.1.1. Relación de los hechos y trámite de instancias:	3
<u>Expediente T-4698859.....</u>	3
a) Hechos	
b) Reseña de los fallos de instancia	
<u>Expediente T-4712587.....</u>	5
a) Hechos	
b) Reseña de los fallos de instancia	
<u>Expediente T-4707706.....</u>	7
a) Hechos	
b) Reseña de los fallos de instancia	
<u>Expediente T-4708930.....</u>	10
a) Hechos	
b) Reseña de los fallos de instancia	
1.1.2. Planteamiento del problema jurídico.....	12
1.1.3. Consideraciones de la Corte.....	12
1.1.4. Decisión de la Corte.....	14
1.2. EVALUACIÓN CRÍTICA.....	15
2. CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ. Sentencia T-570 del 4 de septiembre de 2015.....	17
2.1. RESEÑA.....	17
2.1.1. Relación de los hechos.....	17

2.1.2.	Reseña de los fallos de instancia.....	18
2.1.3.	Planteamiento del problema jurídico.....	19
2.1.4.	Consideraciones de la Corte.....	19
2.1.5.	Decisión de la Corte.....	23
2.2.	EVALUACIÓN CRÍTICA.....	24
3.	CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente MARÍA VICTORIA CALLE. Sentencia T 024 del 2 de febrero de 2016. Referencia: Expedientes T-5158888, T-5109049, T-5189828, T-5201723 y T-5201786.....	28
3.1.	RESEÑA.....	28
3.1.1.	Relación de los hechos y trámite de instancias.....	28
	<u>Expediente T-5158888</u>	28
	a) Hechos	
	b) Reseña de los fallos de instancia	
	<u>Expediente T-5109049</u>	29
	a) Hechos	
	b) Reseña de los fallos de instancia	
	<u>Expediente T-5189828</u>	32
	a) Hechos	
	b) Reseña de los fallos de instancia	
	<u>Expediente T-5201723</u>	34
	a) Hechos	
	b) Reseña de los fallos de instancia	
	<u>Expediente T-5201786</u>	36
	a) Hechos	
	b) Reseña de los fallos de instancia	
3.1.2.	Planteamiento del problema jurídico.....	38
3.1.3.	Consideraciones de la Corte.....	38
3.1.4.	Decisión de la Corte.....	45
3.2.	EVALUACIÓN CRÍTICA.....	47
	CONCLUSIONES.....	50

INTRODUCCIÓN

Es interesante entrar a estudiar la problemática presentada actualmente en los seguros de vida deudores, respecto de las objeciones formuladas cada día por las diferentes compañías de seguros, argumentando el no pago de la indemnización por la presencia de la reticencia y la inexactitud de los tomadores de estos seguros, lo que ha llevado a un gran desarrollo jurisprudencial en Colombia.

En primer lugar, es importante mencionar que el contrato de seguro de vida tiene como finalidad de que las partes se obliguen de manera recíproca, esto con el fin de proteger la estabilidad económica de los tomadores / asegurados / beneficiarios según sea el caso, ante un suceso inesperado como lo es la muerte e invalidez, existiendo la obligación de las partes de demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro por parte del tomador, asegurado, beneficiario, y las causales de exclusión de responsabilidad por parte de la aseguradora, según el artículo 1077 del código de comercio.

Ahora bien, es de mencionar que a la luz del artículo 1058 del Código de Comercio que contempla: *“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...”* estableciéndose con este mandato una carga para el tomador, en el cual en caso de incumplirse dicha obligación acarrearía la nulidad relativa del contrato.

De igual forma, aun cuando existe la carga del tomador de declarar sinceramente el estado del riesgo, también el artículo 1058 en mención no desconoce la obligación por parte de la aseguradora de verificar el mismo, estableciendo claramente que: *“...Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”*, es por ello que si la aseguradora

conoció o debió conocer los hechos que generan la reticencia o inexactitud no podrá declararse la nulidad relativa del contrato.

Como consecuencia de lo anterior, es de resaltar que el contrato de seguros parte del principio de buena fe en el que deben actuar ambas partes, por tanto este estudio se centrará en identificar si la jurisprudencia colombiana desarrollada en los últimos años por la Corte Constitucional ha actuado conforme a las normas que regulan el contrato de seguro o si por el contrato en su papel proteccionista ha incurrido en un constitucionalismo de dicho contrato desconocimiento sus principios jurídicos, finalizando con una evaluación crítica sobre la reticencia, inexactitud y la buena fe.

ANÁLISIS JURISPRUDENCIAL

1. CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente MARÍA VICTORIA CALLE. Sentencia T-316 del 22 de mayo de 2015. Referencia: Expedientes T-4698859, T-4712587, T-4707706 y T-4708930.

1.1. RESEÑA

1.1.1. Relación de los hechos y trámite de instancias

Teniendo en cuenta que esta sentencia compiló varias sentencias, se procederá a realizar una relación de los hechos por cada uno de los expedientes así:

Expediente T-4698859

a) Hechos

1. La accionante adquirió una póliza de seguros en mayo de 2013 que la amparaba frente a los riesgos de muerte e invalidez total y permanente, manifestando que al momento de adquirir la póliza se encontraba en un estado de salud satisfactorio pero que con posterioridad a la adquisición de dicha póliza empezó a presentar múltiples enfermedades entre ellas, "*Trastorno depresivo-Trastorno de ansiedad RGE severo*", por lo que en febrero de 2014 fue dictaminada con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 71,14%.
2. Por lo anterior, en abril de 2014 solicitó a la aseguradora cancelar el dinero correspondiente a la póliza contratada bajo el amparo de invalidez total y permanente, pero la compañía de seguros negó el pago de la indemnización argumentando que la accionante incurrió en reticencia, al abstenerse de informar sobre su estado real de salud al momento de adquirir la póliza, pues tenía pre-existencias que incluirían: hipertensión arterial, trastornos de ansiedad y depresión, dislipidemia, entre otros.

3. La accionante manifestó que las alegadas pre-existencias no fueron diagnosticadas de forma indicada o no tuvieron incidencia en su situación actual de salud, además que nunca se le explicaron con claridad los aspectos relacionados con el manejo de su póliza.
4. El 30 de julio de 2014 el Juzgado de primera instancia admitió la tutela y procedió a correr traslado a la parte accionada, quien solicitó negar la tutela por improcedente. Argumentó que la accionante diligenció un certificado individual de seguro donde específicamente se le preguntó si tenía antecedentes de trastornos mentales o psiquiátricos, y enfermedades del corazón, pecho o tensión alta, frente a lo cual respondió de forma negativa, pese a conocer sus antecedentes de salud. De igual forma manifestó que los males que afectaron a la accionante de haber sido conocidos de antemano por la aseguradora habrían dado lugar a que no se hubiera celebrado el contrato de seguro o haberlo hecho con cargas más onerosas para la contraparte.

De otro lado, la aseguradora señaló que la acción de tutela no es el medio judicial idóneo para resolver los desacuerdos surgidos de un contrato de seguro, pues para alegar el incumplimiento de deberes contractuales se encuentra el mecanismo de defensa ante la jurisdicción ordinaria.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. El Juzgado de primera instancia profirió sentencia por medio de la cual decidió negar el amparo deprecado por considerarlo improcedente, por cuanto la tutela no es el mecanismo para definir derechos litigiosos o de contenido económico, respecto a lo cual señaló que en estas circunstancias el amparo sólo resulta viable de forma excepcional, ante la falta de medios ordinarios de defensa o frente al riesgo de sufrir un perjuicio irremediable.

En este orden de ideas, el juez de instancia señaló que la accionante contaba con otros medios de defensa judicial, pues al ser esta una controversia de origen contractual, ella podía acudir ante el juez ordinario. A su vez, también declaró la

inexistencia de un perjuicio irremediable, toda vez que el mismo no se acreditó por la accionante.

2. La accionante impugnó el fallo de primera instancia al considerar que no padecía de pre-existencias médicas al momento de tomar la póliza de seguro de vida sobre la cual gira el caso, ni mucho menos incurrió en reticencia por esta causa.
3. El Juzgado de segunda instancia confirmó la sentencia del aquo. A su juicio, la accionante contaba con otros medios de defensa judicial y no probó la amenaza de un perjuicio irremediable.

Expediente T-4712587

a) Hechos

1. Los accionantes señalaron que son personas de la tercera edad, de escasos recursos y dedicados a la economía informal y a las labores del hogar. Indicaron a su vez que tenían una hija quien era docente y falleció el 14 de febrero de 2013 y se encontraba asegurada al momento de su muerte por medio de dos pólizas de seguros, una correspondiente a un contrato de seguro de vida individual y otra a un contrato de seguro de vida grupo docentes.
2. El 10 de diciembre de 2013 solicitaron a la aseguradora que hiciera efectivas las pólizas antes mencionadas, entidad que negó el pago de las indemnizaciones argumentando que la prima de la póliza de seguro de vida individual se pagó sólo hasta 23 de enero de 2012 y que al momento de fallecer la asegurada, la póliza había terminado por mora en el pago de la prima y en cuanto a la póliza de seguro de vida grupo docentes, la aseguradora manifestó que dicha póliza no había sido expedida.
3. Por lo anterior, los accionantes manifestaron que la respuesta dada por la compañía de seguros viola sus derechos fundamentales toda vez que la póliza de seguro de vida individual se activaba de forma automática cada año y que la correspondiente al

seguro de vida grupo docentes sí se encontraba vigente, como consta en la documentación que anexaron a la tutela.

4. El 13 de junio de 2014, Interseg Seguros (los intermediarios) señaló que el 13 de noviembre de 2012 la asegurada fallecida solicitó un seguro de vida para ella y su esposo, así como un seguro de renta por hospitalización para ella, su cónyuge y sus hijos. Respecto a este seguro, se estableció como forma de pago el descuento por nómina de su sueldo, el cual habría de aplicar para el mes de diciembre de 2012, de tal suerte que la vigencia de la póliza iniciaría en el mes de enero de 2013.

A continuación, indicó que, pese a que la solicitud de descuento fue radicada ante la Secretaría de Educación de Barrancabermeja, la deducción aludida no fue aplicada en diciembre de 2012, lo que a su vez significó que debía realizarse de nuevo el procedimiento de solicitud de seguro, toda vez que las compañías de seguro no reciben formatos que superen 60 días desde su diligenciamiento. Con todo, manifiestan que en enero de 2013, la Secretaría de Educación le aplicó el descuento a la asegurada, sin la autorización de Interseg, quien quiso realizar el reintegro de los dineros, pero no pudo establecer comunicación con la asegurada.

De igual manera, Interseg manifestó que la asegurada omitió declarar el padecimiento de cáncer maligno y terminal en la solicitud de la póliza de seguro de vida grupo docentes, en la cual se declaró un buen estado de salud, lo que a su juicio configura un acto de mala fe o intento de fraude.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. El Juez de primer instancia negó por improcedente el amparo solicitado por los accionantes, aduciendo que la tutela no resultaba procedente en el caso concreto, pues los accionantes cuentan con otros medios de defensa judicial ante la justicia ordinaria.
2. La parte accionante impugnó la sentencia del juez de primera instancia argumentando que la respuesta de la entidad accionada faltó a la verdad, toda vez que según consta

en el oficio expedido por el Secretario de Educación de Barrancabermeja, el inicio de la vigencia del seguro de vida de grupo plan vida docentes tuvo lugar el 1º de enero de 2013. De igual manera, puso en duda que las supuestas gestiones realizadas por la aseguradora para reintegrar el pago de la prima a la accionante hayan ocurrido, al no haber prueba de las mismas. Así mismo, manifestó que su hija autorizó a la aseguradora a acceder a su historia clínica, de tal suerte que si aquella no lo hizo, no puede ahora alegar este hecho a su favor, pues ello equivaldría a modificar el contrato de seguro de forma unilateral.

En relación con la procedencia de la tutela, manifestó que si bien le asisten otros medios de defensa judicial, al ser personas de la tercera edad y no contar con recursos económicos, los mismos no resultan idóneos o eficaces en relación con su situación.

3. El Juez de segunda instancia confirmó la sentencia. La providencia declaró que los accionantes cuentan con otros medios de defensa judicial y no están expuestos a sufrir un perjuicio irremediable.

Expediente T-4707706

a) Hechos

1. La accionante obrando en calidad de agente oficiosa de su cónyuge interpuso acción de tutela contra el Banco Caja Social, Liberty Seguros S. A. y Colmena Vida y Riesgos Laborales, para que se protegieran sus derechos fundamentales a la vida, el mínimo vital, la familia, la alimentación, la salud y la dignidad humana.
2. Sostiene que su esposo celebró un contrato de mutuo por la suma de \$7.000.000 con Colmena Vida y Riesgos Laborales, relación contractual en la cual tenía la calidad de deudor. En razón de este crédito, el deudor tomó seguro de vida grupo deudores con Liberty Seguros S. A. que amparaba un conjunto de riesgos, incluyendo muerte, invalidez total y permanente, enfermedades graves y beneficios por hospitalización.

3. La accionante aduce que su esposo padece de una enfermedad permanente (tumor de comportamiento incierto en las meninges cerebrales, epilepsia y síndrome epiléptico generalizado), que le impide realizar cualquier actividad laboral, por lo que Colpensiones lo calificó con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral de 76,7%, con fecha de estructuración de la invalidez del 6 de agosto de 2012.
4. Por lo tanto, solicitó afectar la póliza para que la aseguradora procediera a pagar el saldo insoluto de la deuda derivada del contrato de mutuo, pero el mismo fue negado debido a que al parecer el asegurado al momento de tomar la póliza no declaró que padecía de hipertensión hace 6 años, pero manifiesta que al deudor le exigieron tomar dicha póliza, pero nunca le preguntaron por su estado de salud ni le practicaron exámenes médicos de ninguna clase.
5. Señala que pese a que tienen a su disposición otros medios de defensa judicial, los mismos no resultan idóneos si se tiene en consideración la demora potencial del trámite ante la justicia ordinaria y el estado de salud del asegurado.
6. Liberty Seguros S. A. dio respuesta a la tutela solicitando que fuese declarada improcedente, por cuanto no se vulneró ningún derecho fundamental al accionante, pues este contaba con otros medios de defensa judicial para hacer valer sus intereses, y no se expuso la ocurrencia de un perjuicio irremediable. A su vez, señaló que la persona que estaría legitimado para reclamar el pago de la póliza es el beneficiario de la misma, que en este caso es el Banco Caja Social Colmena S. A., y no el asegurado. Igualmente, manifestó que esta es una controversia contractual, que no debe ser resuelta en sede de tutela sino ante las instancias propias de la justicia ordinaria.
7. Colmena Vida y Riesgos Laborales solicitó que se declara su improcedencia, manifestando a su vez que el contrato de seguro de vida grupo deudores suscrito entre las partes pretende proteger tanto al deudor como a quien otorga un crédito de un eventual no pago de la obligación debido a la muerte o incapacidad total y permanente del deudor, entre otros riesgos, enfatizando la importancia de declarar el estado real de salud del asegurado al momento de celebrarse el contrato, y que para

el caso en estudio el asegurado omitió declarar su padecimiento de hipertensión arterial y meningioma, en quebranto del principio de buena fe contractual.

Empero, la entidad también informó que en el caso objeto de debate se cumplen los presupuestos establecidos en el artículo 1081 del Código de Comercio, por lo cual se procedió a solicitar al Banco Caja Social que certifique el saldo insoluto de la deuda a cargo del deudor, con el fin de proceder con el pago de la indemnización en los próximos días.

8. El Banco Caja Social solicitó al juez de tutela denegar la acción constitucional con base en la existencia de un hecho superado. Luego, indicó que el banco no es la entidad aseguradora, por lo que cualquier inquietud en relación con la ejecución de la póliza de seguro debía hacerse frente a Colmena Vida y Riesgos Laborales.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. El Juzgado de primera instancia decidió negar por improcedente el amparo, argumentando que tutelar los intereses del accionante hubiera significado declarar que existe un derecho a ocultar información que las personas conocen al momento de suscribir un contrato de seguro, por lo tanto, al considerar que la objeción de la aseguradora se encontraba fundada, consideró que el conflicto debe ser resuelto por la justicia civil, además de que no se probó el perjuicio irremediable.
2. La accionante presentó impugnación argumentando que en este caso sí se probó un perjuicio irremediable en cabeza del asegurado, en la medida en que aquel sufre de un padecimiento grave e incurable, es un hombre cabeza de familia, responsable de todos los gastos de su grupo familiar y cuenta con recursos precarios para sufragar sus gastos.
3. El Juzgado de segunda instancia confirmó la sentencia de primera instancia porque consideró que en esta ocasión se estaba frente a una disputa de carácter contractual y privado, que no involucraba derechos fundamentales. En vista de lo anterior,

consideró que existían otros medios de defensa judicial disponibles para el accionante, como lo era el recurso a la justicia civil.

Expediente T-4708930

a) Hechos

1. La accionante celebró un contrato de mutuo para la compraventa de una vivienda y que dentro de las garantías exigidas por el banco para el préstamo se encontraban la constitución de una hipoteca abierta sin límite de cuantía sobre el inmueble y la adquisición de una póliza de seguro de vida e incapacidad permanente.
2. Indica que el 4 de junio de 2013 fue valorada por medicina laboral con una pérdida de la capacidad laboral del 78%, por enfermedad común, al padecer antecedentes de dolor cervicobraquial y lumbar de ocho (8) años de evolución, así como alteraciones del comportamiento, insomnio, labilidad emocional, ideación perseverante referencial, anhedonía y episodios de vértigo, lo que le ha impedido desempeñar trabajo alguno, su manutención y sobrevivencia se han visto comprometidas.
3. El 17 de marzo de 2014 solicitó al Banco que pidiera, a su vez, a la aseguradora cancelar la póliza que cubría la obligación crediticia, quienes manifestaron que en la declaración de asegurabilidad suscrita por la accionante no se consignó su verdadero estado de salud al momento de tomar el seguro, pues antes de que dicho contrato se celebrara ya le habían diagnosticado “[...] *una hernia discal C5-C6 con radiculopatía C5-C6-C7-C8 bilateral, cervicalgia, síndrome de fibromialgias y trastorno mixto de ansiedad y depresión*”. Por considerar que la asegurada incurrió en reticencia, las entidades indicaron que el contrato de seguro está viciado de nulidad.
4. La accionante manifestó que cuando suscribió el contrato de seguro no tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad crónica.

5. El Banco solicitó que la tutela fuera negada por improcedente, aduciendo no tener injerencia en la decisión de la aseguradora, puesto que es esta última quien decide las condiciones que han de cumplirse para que se cubra el riesgo asegurado.
6. La aseguradora solicitó que la tutela fuera declarada improcedente, informando que la actora adquirió 4 créditos con el Banco, por lo que firmó sendas declaraciones de asegurabilidad y fue incluida en la póliza de vida grupo deudores de la aseguradora y que la reclamación fue objetada al establecer que desde antes de adquirir la póliza había sido diagnosticada con un grupo de males que no fueron declarados al momento de llenar la declaración de asegurabilidad, lo que significa que incurrió en reticencia, situación que da lugar a la nulidad del contrato. Así mismo informó que al oponerse de forma legítima al pago de la indemnización, no violó derecho fundamental alguno a la accionante, toda vez que este es un asunto contractual, que devino del acuerdo de voluntades entre las partes y que por lo tanto existen otros medios de defensa judicial, la tutela no es el mecanismo idóneo para ventilar este tipo de conflicto.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. El Juzgado de primera instancia tuteló los derechos al mínimo vital y a la vida digna de la accionante y ordenó al Banco proceder a la reestructuración de su crédito o deuda, para que el mismo tuviese un plazo más amplio y unas cuotas más bajas, que resultaran al alcance de la actora. Empero, dispuso no tutelar los derechos de acuerdo a las pretensiones formuladas por la accionante respecto de la aseguradora ya que era una controversia de origen contractual, que debía ser ventilada ante el juez civil y no el constitucional.
2. La accionante impugnó la providencia mencionada, toda vez que consideró que la decisión del juez no valoró su difícil situación económica y física, ni tuvo en cuenta que al ser el contrato un negocio jurídico aleatorio y forzado, no es razonable exigir su suscripción para acceder a productos financieros a menos que en caso de siniestro la póliza se haga efectiva. También adujo que la compañía aseguradora está obligada a

revisar la historia clínica y practicar los respectivos exámenes médicos, cosa que en este caso no ocurrió.

3. El Juzgado de segunda instancia revocó la sentencia de primera instancia, en los apartes que tutelaron los derechos fundamentales de la accionante. En su providencia, el juez constitucional señaló que este caso debió ser discutido frente al juez civil, toda vez que se trata de una controversia contractual, regida por el derecho privado. De la misma manera, descartó la posibilidad de encontrarse frente a un perjuicio irremediable toda vez que por la naturaleza del conflicto y las condiciones de la actora, a esta no se le estaba conculcando ningún derecho fundamental al no hacerse efectiva la póliza de seguros.

1.1.2. Planteamiento del problema jurídico

- a) ¿Si las tutelas resultan procedentes en cada caso para controvertir la no cancelación de las pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente?
- b) ¿Se vulneran los derechos fundamentales de una persona (tomador/asegurado) cuando una compañía aseguradora objeta los siniestros por reticencia (pólizas de vida e incapacidad total y permanente), al considerar que el asegurado ocultó información sobre su estado de salud cuando adquirió el respectivo seguro?

1.1.3. Consideraciones de la Corte

¿Si las tutelas resultan procedentes en cada caso para controvertir la no cancelación de las pólizas de seguros de vida e incapacidad total y permanente?

Luego de que la Corte realizara un análisis de decisiones judiciales como: la sentencia T-517 de 2006, sentencia T-306 de 2007, T-832 de 2010, sentencia T-662 de 2013 entre otras, resolvió positivamente este problema jurídico, concluyendo:

- 1) *La acción de tutela resulta procedente contra aseguradoras por su actividad que es de interés público;*

- 2) *Para que proceda la tutela es preciso que no se cuente con otros medios de defensa judicial y, que de haberlos, estos sean inidóneos o ineficaces en el caso concreto, o que pese a cumplir con dichas condiciones el actor se encuentre en riesgo de sufrir un perjuicio irremediable;*
- 3) *En el caso de sujetos de especial protección constitucional, la falta de idoneidad de los medios tradicionales de defensa judicial se presume, por lo que la tutela solo resultará improcedente en el evento en que de las circunstancias particulares del caso pueda concluirse que el accionante puede acudir en pie de igualdad ante el juez ordinario.*

¿Se vulneran los derechos fundamentales de una persona (tomador/asegurado) cuando una compañía aseguradora objeta los siniestros por reticencia (pólizas de vida e incapacidad total y permanente), al considerar que el asegurado ocultó información sobre su estado de salud cuando adquirió el respectivo seguro?

Como se expuso de manera previa, la Corte ha entendido que la relación contractual existente entre el tomador y la compañía de seguros se encuentra regida de forma primordial por el principio de autonomía privada de la voluntad, de acuerdo con el cual las partes pueden celebrar contratos sujetándose a las condiciones de la póliza y definiendo en sus anexos las coberturas de los riesgos asegurados.

Pero no debe perderse de vista que en el plano de los contratos de seguros la intervención del juez de tutela puede, eventualmente, estar justificada en la necesidad de garantizar que se respeten los derechos fundamentales de los tomadores. En torno a este asunto, la Corte se ha ocupado especialmente de 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.

Respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida la Corte concluyó luego de hacer un estudio de diferentes jurisprudencias lo siguiente:

- 1) *la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma*

reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador;

- 2) debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas,*
- 3) 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; asimismo,*
- 4) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia;*
- 5) las aseguradoras 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.*

1.1.4. Decisión de la Corte

- a) Frente al Expediente T-4698859, Corte ordenó revocar la sentencia proferidas en las instancias judiciales y en su lugar, tutelar los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de la accionante. Por lo tanto, ordenó a la aseguradora hacer efectiva la póliza de seguro de vida individual en favor de la accionante.
- b) Respecto del Expediente T-4712587, Corte ordenó revocar las sentencias proferidas en las instancias judiciales y en su lugar, tutelar los derechos fundamentales al mínimo vital y al debido proceso de los accionantes, en relación con Interseg Intermediarios de Seguros. Con respecto a Seguros de Vida Suramericana S. A., denegar el amparo constitucional. Por lo tanto, ordenó Interseg Intermediarios de Seguros que proceda a hacer efectiva la póliza de seguro de vida grupo docentes, tomada por la asegurada fallecida, en favor de sus beneficiarios.

- c) En relación con el Expediente T-4707706, Corte ordenó revocar las sentencias proferidas en las instancias judiciales y en su lugar, declarar la carencia actual de objeto por hecho superado. Así mismo, prevenir a Colmena Vida y Riesgos Laborales para que en un futuro no incurra en conductas que vulneren derechos fundamentales de los ciudadanos con quienes sostenga alguna relación jurídica derivada de la celebración del contrato de seguros.
- d) Finalmente, respecto del Expediente T-4708930, la Corte revocó las sentencias proferidas, y en su lugar, tuteló los derechos fundamentales de la accionante al mínimo vital y al debido proceso, ordenando a la aseguradora hacer efectiva la póliza de seguro vinculada al crédito hipotecario, de tal forma que se cancelen los saldos insolutos de la obligación adquirida por la accionante con el Banco Davivienda.

1.2. EVALUACIÓN CRÍTICA

En la actualidad es evidente que los jueces de tutela a través de sus sentencias han constitucionalizado el contrato de seguros, desconociendo principios como la buena fe, equilibrio contractual y autonomía de la voluntad, evidenciando a su vez el desconocimiento de figuras legales como reticencia e inexactitud del contrato de seguro, primando la vulneración de los derechos fundamentales y concluyendo frente a la reticencia que *“la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador”* entre otros señalamientos, lo cual evidentemente contradicen los principios fundamentales del contrato de seguro.

Ahora bien, considero importante analizar el principio de buena fe que recae sobre el contrato de seguros, expresando que *“El contrato de seguro es según la doctrina, un contrato de buena fe, o de ubérrima bona fides, para usar la descriptiva expresión del profesor LÓPEZ BLANCO. Quiere esto decir, interpretando una opinión de la Corte Constitucional, que en este contrato, desde su inicio, y especialmente durante su ejecución se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de*

las prestaciones acordadas”¹, por lo tanto, este principio debe estar presente en todo contrato de seguro, independientemente del ramo contratado y en los casos objetos de estudio se pueden observar que en todos se obtuvo negativa por parte de la compañía de seguros de pagar la indemnizaciones argumentando que los asegurados incurrieron en reticencia, por cuanto al momento de contratar el seguro conocían de su estado de salud y que no lo declararon fielmente, contrariando evidentemente lo contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio que establece la obligación del tomador de la póliza de declarar sinceramente su estado del riesgo y que la reticencia o inexactitud producen la nulidad relativa del contrato de seguro.

Adicionalmente, frente a la protección de los derechos de los tomadores/asegurados/beneficiarios, es importante recordar que se ha desarrollado desde la ley 45 de 1990² y hasta la ley 1480 de 2011³ entre otras, junto con las Circulares de la Superintendencia Financiera de Colombia (Circulares Nos. 029/14, 038/11 y 050/15), disposiciones legales que obligan a las compañías de seguros a la protección al consumidor especialmente la de suministro de información adecuada, clara, suficiente y oportuna al cliente, lo que conlleva a generar una relación contractual equilibrada y permitiendo a la partes conocer desde la negociación de la póliza las condiciones contratadas y las obligaciones recíprocas.

En conclusión, considero que tanto la Corte como algunos jueces de tutela han desnaturalizado el contrato de seguro, con el argumento que prima la protección de los derechos fundamentales, inaplicando elementos esenciales de dicho contrato como el riesgo futuro e incierto y la obligación condicional de la aseguradora y así mismo obligaron a las compañías de seguros a generar nuevos procedimientos que permitan optimizar su obligación de información de los asegurados, conociendo al detalle el riesgo asumido.

¹ Laguado Giraldo, Carlos Andrés, Condiciones Generales, cláusulas abusivas y el principio de buena fe en el contrato de seguros: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vn/juri/article/viewFile/14847/11987>

² Ley 45 de 1990 - Por la cual se expiden normas en materia de intermediación financiera, se regula la actividad aseguradora, se conceden unas facultades y se dictan otras disposiciones.

³ Ley 1480 de 2011 - Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones.

2. CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ. Sentencia T-570 del 4 de septiembre de 2015.

2.1. RESEÑA

2.1.1. Relación de los hechos

1. El accionado quien para la fecha de trámite de la tutela tenía 63 años de edad, celebró un contrato de mutuo el 22 de marzo de 2011 con el Banco BBVA por valor de \$10.000.000 en la modalidad de cartera de consumo – línea de libranza, con cuotas mensuales de \$230.000 a un plazo de 72 meses, deuda que amparó con la póliza de seguro de vida grupo deudores suscrita con BBVA Seguros de Vida.
2. El 10 de marzo de 2014 fue calificado con pérdida de capacidad laboral del 100% por enfermedad común, con fecha de estructuración coincidente con el día en que se profirió el dictamen, razón por la cual fue retirado de su cargo como docente de su lugar de trabajo. La descripción de las deficiencias que ocasionaron el dictamen y el respectivo porcentaje, son los siguientes:

Deficiencia por artrosis de rodilla	29.9 %
Deficiencia por pérdida de fuerza muscular	19 %
Deficiencia global o de esófago	37.5 %
Deficiencia por patología de piel	7.4 %

3. Por lo anterior, el 28 de marzo de 2014 el actor presentó la reclamación ante BBVA Seguros de Vida, quienes procedieron a objetar argumentando que el asegurado omitió declarar que padecía gonartrosis (artrosis de la rodilla) y disfonía, según consta en la historia médica de 2009, razón por la cual aplicó las consecuencias derivadas de la reticencia, como lo es declarar la nulidad del contrato.
4. Sobre el particular, el accionante asegura que en el formato de condiciones generales del seguro de vida no aparecía la condición de certificar la enfermedad que padecía,

por lo que al demostrar la pérdida del 100% de su capacidad laboral, cumplió con los requisitos exigidos en la póliza para que la aseguradora pagara el saldo insoluto de la deuda contraída.

5. Por lo tanto, presentó acción de tutela con el propósito de obtener la protección de sus derechos fundamentales al debido proceso, a la igualdad, a la salud y a la vida digna, los cuales considera vulnerados por la decisión de BBVA Seguros de Vida de negarse a pagar el siniestro y, por ende, dar una respuesta de fondo a la reclamación realizada, además dando a conocer que la Secretaría de Educación del Cesar no le ha reconocido la pensión de invalidez a la que tiene derecho, por lo que se encuentra sin recibir ingreso alguno que le permita cancelar la deuda contraída con el banco, así como sufragar sus gastos personales y los de su hogar compuesto por su esposa y su hijo.
6. En la contestación de la demanda, BBVA Seguros de Vida manifestó que la acción de tutela es improcedente, pues existe la posibilidad de acudir a las vías ordinarias para dirimir los conflictos que se presenten entre quienes suscriben un contrato de seguro, así como también cabe la alternativa de acudir a los mecanismos de protección al consumidor financiero que tienen el mismo objeto. Así mismo afirmó que no se vislumbra el desconocimiento de algún derecho fundamental, ni la ocurrencia de un perjuicio irremediable que haga procedente un amparo transitorio.

Además de lo anterior, señaló que el accionante incurrió en reticencia en su declaración del estado de riesgo, ya que omitió informar que al momento de suscribir el seguro tenía antecedentes médicos de gonartrosis y disfonía desde el año 2009, y por lo tanto, el conflicto debe ser dirimido por el juez ordinario por cuanto se presenta una nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

2.1.2. Reseña de los fallos de instancia

1. El juzgado de primera instancia profirió sentencia mediante la cual amparó los derechos fundamentales que el accionante había solicitado, por cuanto consideró que la acción de tutela resultaba procedente en el caso concreto teniendo en cuenta que el

actor se encontraba en una circunstancia de debilidad manifiesta y por tanto ordenó a la aseguradora a pagar al Banco BBVA el saldo de la deuda y devolver las cuotas causadas y canceladas por el asegurado durante el período en que estuvo incapacitado.

2. Por lo anterior, la parte accionada impugnó tal decisión, reiterando los mismos argumentos expuestos en el escrito de contestación de la tutela. Agregó que el precedente aplicado por el *a-quo* no podía usarse en el asunto *sub-judice*, toda vez que en el caso de la Sentencia T-490 de 2009, el accionante no suscribió ni diligenció el cuestionario que determinara el estado del riesgo del asegurado.
3. El juzgado de segunda instancia revocó la decisión del *a-quo*, al considerar que el accionante debe acudir a la vía ordinaria. Al respecto, advirtió que de las pruebas obrantes en el expediente se infiere que efectivamente el actor fue reticente al momento de celebrar el contrato, por lo que de existir elementos de juicio adicionales para desvirtuar tal situación, los mismos deben ser exhibidos ante el juez civil.

2.1.3. Planteamiento del problema jurídico

¿Una compañía de seguros de vida puede desconocer los derechos fundamentales del accionante al debido proceso, a la igualdad, a la salud y a la vida digna, con ocasión de su negativa a pagar la obligación asegurada?

2.1.4. Consideraciones de la Corte

En primer lugar, frente a la procedencia de la acción de tutela para dirimir controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro la Corte menciona que *“el ya citado artículo 86 de la Constitución Política señala que la acción de amparo constitucional sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. Esto significa que la acción de tutela tiene un carácter residual o subsidiario, por virtud del cual “procede de manera excepcional para el amparo de los derechos fundamentales vulnerados, por*

cuanto se parte del supuesto de que en un Estado Social de Derecho existen mecanismos judiciales ordinarios para asegurar su protección”.

No obstante, la jurisprudencia de la Corte ha admitido que la acción de tutela está llamada a prosperar, cuando se acredita que los otros mecanismos judiciales no son lo suficientemente idóneos para otorgar un amparo integral, o no son lo adecuadamente expeditos para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

Por lo tanto, la Corte ha establecido que para determinar la configuración de un perjuicio irremediable, deben concurrir los siguientes elementos: *(i) el perjuicio ha de ser inminente, es decir, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser urgentes; (iii) el perjuicio debe ser grave, esto es, susceptible de generar un daño trascendente en el haber jurídico de una persona; y (iv) exige una respuesta impostergable para asegurar la debida protección de los derechos comprometidos.* Por lo anterior, se puede considerar que cuando el accionante pretende la protección transitoria de sus derechos fundamentales a través de la acción de tutela, tiene la carga de *“presentar y sustentar los factores a partir de los cuales se configura el perjuicio irremediable, ya que la simple afirmación de su acaecimiento hipotético es insuficiente para justificar la procedencia la acción de tutela.”*

Ahora bien, en tratándose de controversias relacionadas con contratos de seguros, la Corte ha sostenido que dichos conflictos, en principio, deben ser resueltos ante la jurisdicción ordinaria civil, sin embargo, ante la realidad, la jurisprudencia reiterada de la Corte ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela para pronunciarse sobre controversias surgidas con ocasión del contrato de seguro, cuando, por ejemplo, se verifica una grave afectación de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección constitucional, como ocurre en el caso de las personas con una considerable pérdida de su capacidad laboral y que además no tienen ningún tipo de ingreso; o también en aquellos casos en que por el incumplimiento de las obligaciones contractuales de la aseguradora, pese a la clara e inequívoca demostración del derecho reclamado, se ha iniciado un proceso ejecutivo en contra del reclamante.

Por lo anterior, la Corte decidió estudiar de fondo los casos en los que se encuentra de por medio una controversia originada de un contrato de seguros, cuando se evidencia que más allá de la disputa económica que le sirve de origen y que puede impactar en los derechos al mínimo vital y a la vida digna, existe un problema de naturaleza constitucional que debe ser estudiado por el juez de tutela, vinculado con la protección de los derechos fundamentales al debido proceso o a la salud y es así como la Corte ha otorgado el amparo en ciertos casos específicos tales como la contabilización de los términos de prescripción en el amparo de incapacidad total y permanente, cuando en el contrato de seguro existen cláusulas ambiguas y éstas son interpretadas por la aseguradora en contra del reclamante de la póliza.

El alcance de dichas providencias se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos *inter partes* que por regla general tienen las sentencias de tutela. De ahí que, no puede inferirse *per se* la existencia de una regla sobre la materia, sobre todo si se tiene en cuenta que en este campo rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes – de acuerdo con el postulado de normatividad de los contratos– cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.

Es así como por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: *“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”*.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la

celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bonae fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.

Respecto de la procedencia excepcional del amparo constitucional en casos de reticencia tiene especial importancia, si se tiene en cuenta que la ocurrencia del citado fenómeno se vincula con la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato, básicamente por desconocer los mandatos del principio de la buena fe y no declarar “*sinceramente*” los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. Por ello, como lo ha señalado la Corte, al prever que su consecuencia es la nulidad relativa del contrato, lo que “*sanciona [es] la mala fe en el comportamiento del declarante.*”

De esta manera, la nulidad relativa del contrato como efecto de la reticencia no ocurre por la sola omisión de información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe. De ahí que esta Corporación haya señalado que “*es deber de la[s] aseguradora[s] 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”, sin perjuicio –como lo dispone la ley– de advertir que la sanción no aplica si el asegurador, antes de celebrar el contrato, “conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

Las controversias que se originan sobre la prueba de la mala o buena fe en que se haya incurrido por el tomador, para efectos de determinar si procede o no la nulidad relativa del seguro, desbordan el ámbito de la tutela y conducen por regla general a su improcedencia, al no tener esta acción las características de los procesos judiciales que se tramitan ante la justicia ordinaria (procesos declarativos), en donde las partes, en igualdad de condiciones, tienen la posibilidad de intervenir, de aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra. Precisamente, por su carácter informal, el amparo constitucional tiene como objeto la protección de derechos fundamentales dentro de un proceso que se caracteriza por su sumariedad y celeridad, lo cual se contrapone desde su misma concepción a un proceso judicial tradicional, en el cual es posible verificar con la certeza propia de una amplia etapa probatoria los elementos volitivos que caracterizan a la reticencia.

De esta manera, a juicio de esta Sala de Revisión, no cabe duda de que la acción de tutela no es la vía idónea para pronunciarse sobre el fenómeno de la reticencia, cuando se brindan elementos de juicio que advierten sobre la existencia de una discusión respecto de la veracidad de las declaraciones realizadas sobre el estado del riesgo y que implican entrar a determinar si se infringieron o no los mandatos de la buena fe.

2.1.5. Decisión de la Corte

La Corte procede a confirmar la sentencia de segunda instancia por la cual se declaró la improcedencia del amparo propuesto por el accionante.

No obstante, también ordenó al Banco BBVA a reunirse con el accionante con el propósito de informarle sobre las nuevas condiciones a las cuales se sujetaría el contrato de mutuo, explicando las implicaciones que llevaría la modificación en términos de plazos, intereses y monto total a pagar, las cuales serán exigibles bajo el supuesto de que el accionante

manifieste su consentimiento en ese sentido. Además ordenó el acompañamiento de todo el proceso del accionante por el Defensor del Consumidor Financiero de la citada entidad bancaria.

2.2. EVALUACIÓN CRÍTICA

En el caso objeto de estudio estoy totalmente de acuerdo con la decisión de la Corte, la cual se basó en los argumentos esgrimidos en sus consideraciones, ya que respeta las reglas que rigen el contrato de seguro, especialmente lo relacionado con la figura de la reticencia, que en *“aras a lo expuesto, el artículo 1058 del Código de Comercio sanciona la reticencia o inexactitud en la declaración con la nulidad relativa del seguro, si se comprueba que, de haber conocido el hecho omitido, la aseguradora no habría celebrado el negocio jurídico, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias “hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad”*⁴

Aunque es una obligación que el tomador del seguro debe actuar de buena fe y declarar el estado del riesgo sinceramente, ya que de esto depende la validación de los mismos los cuales serán asumidos por la aseguradora y darán lugar a la celebración del contrato y la liquidación de la prima, también es importante mencionar que el conocimiento de la aseguradora a los hechos concernientes a la reticencia *“no tiene que ser consiente y directa sino que el mismo podrá ser presuntivo al no actuar diligentemente y de acuerdo con el conocimiento que tiene sobre la actividad aseguradora que es la que conoce, no actuando adecuadamente estando en las condiciones de hacerlo. Esa es la razón para que la nulidad relativa del contrato se produzca cuando el tomador miente, independientemente de que el siniestro no acontezca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro y de las razones que lo motivaron a comportarse sin fidelidad a la verdad, al igual que es la causa para que no se apliquen las sanciones señaladas en el artículo 1058 del Código de Comercio, en los*

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia (abril 11, 2002) Expediente No. 6815. Nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitudes del tomador que desfiguran el estado del riesgo. Magistrado Ponente: Jorge Santos Ballesteros

casos en que exista conocimiento de la aseguradora que como ya se expresó el mismo podrá presumirse⁵.

Ahora bien, frente a los efectos de la reticencia o inexactitud la Superintendencia Financiera de Colombia ha expresado:

“(…) 3.1 Efectos de la reticencia o inexactitud

*De conformidad con los incisos primero y segundo del artículo 1058 del Código de Comercio, previamente a la celebración del contrato de seguro “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la **nulidad relativa del seguro**.*

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente” (Resaltado fuera del texto original).

⁵ Ibidem

En efecto, la legislación de seguros impone al tomador del seguro la obligación de declarar sinceramente todos los hechos y circunstancias que rodean el estado del riesgo que la compañía de seguros pretende asumir, con el propósito de que pueda conocer su extensión y pueda otorgar un consentimiento que no se encuentre errado.

La declaración del estado del riesgo puede darse de dos maneras: mediante la absolucón de un cuestionario que la aseguradora suministre en el cual se formulan preguntas específicas, o bien a través de una declaración espontánea en la cual el tomador o asegurado informa, según su criterio, los hechos o circunstancias que rodean el riesgo; pero en uno y otro caso la declaración debe ser sincera y exacta, toda vez que la ley sanciona el desconocimiento de este precepto, así:

*3.1.1 Si la declaración se hizo con sujeción a un cuestionario y las respuestas al mismo son inexactas, por cuanto son falsas o erróneas, o son reticentes, en la medida que ocultan o encubren una situación, y tales manifestaciones son relevantes para el contrato dado que los hechos sobre que versan eran o debían ser conocidos por el tomador y que de haber sido conocidos por el asegurador lo hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas; existe **un vicio de nulidad relativa** que afecta la validez del mismo.*

3.1.2 Si la declaración fue espontánea, el efecto es el mismo si el tomador por culpa incurre en reticencia o inexactitud sobre hechos y circunstancias que, según un criterio objetivo (sentido común), influyen en la posibilidad de realización del siniestro.

3.1.3 Si independientemente de que la declaración sea espontánea o se consigne en un cuestionario, la reticencia o inexactitud provienen de error inculpable del tomador, esto es, aquel en el que se ha incurrido de buena fe y no obstante haber actuado con diligencia y cuidado, el contrato no se afecta en su validez pero se reduce la prestación asegurada para lograr que exista equilibrio contractual.

Tratándose del seguro de vida el asegurador puede ejercer esta acción de reducción antes de la ocurrencia del siniestro; pero transcurridos dos años en vida del asegurado, contados a partir de la fecha de expedición de la póliza, no podrá hacer uso de ella. Lo anterior, de conformidad con el artículo 1160 del Código de Comercio.

Así, si el tomador o asegurado al momento de suscribir la póliza, por desconocimiento no declaró la existencia de alguna causa de agravación en el estado del riesgo, la compañía de seguros sólo podrá reducir el monto de la prestación asegurada, salvo en el caso de los seguros de vida, en los cuales, una vez transcurridos dos años a partir de la expedición del seguro no habrá lugar a la reducción de la suma asegurada.

3.1.4 Finalmente, ninguna de las sanciones enunciadas procede si el asegurador, antes de celebrar el contrato ha conocido o estaba en la obligación de conocer esos hechos callados o falseados (...)⁶.

Por lo anterior, es claro que la reticencia es una figura del contrato de seguro la cual deberá ser declarada por un Juez de la justicia ordinaria, donde las partes tendrán la posibilidad de intervenir, podrán aportar pruebas y de controvertir aquellas que se usen en su contra, en una situación de igualdad y equilibrio como lo mencionó la Corte en el caso en concreto, y por lo tanto es un tema que no podrán ser resuelto por un juez de tutela.

⁶ Superintendencia Financiera de Colombia, Concepto No. 1999040521-2. Agosto 20 de 1999. Superintendente Delegado para Seguros y Capitalización.

3. CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente MARÍA VICTORIA CALLE. Sentencia T 024 del 2 de febrero de 2016. Referencia: Expedientes T-5158888, T-5109049, T-5189828, T-5201723 y T-5201786.

3.1. RESEÑA

3.1.1. Relación de los hechos y trámite de instancias

Teniendo en cuenta que esta sentencia compiló varios expedientes, se procederá a realizar una relación de los hechos por cada uno de los expedientes así:

Expediente T-5158888

a) Hechos

1. La accionante, para la fecha de la acción de tutela tenía 61 años de edad, quien se desempeñaba como docente al servicio del Estado por más de 30 años, quien el 16 de octubre de 2002 tomó una *póliza de seguros de vida grupo educadores de Colombia* con Seguros Bolívar S.A., contratando las coberturas de muerte accidental, desmembración o incapacidad total y permanente, por un valor asegurado de \$40.000.000 hasta el año 2007.
2. En el año 2010 fue diagnosticada con *ruptura completa del tendón supraespinoso y epicondilitis derecha*. El 22 de julio de 2011 se le practicó una cirugía: *sutura artroscópica hombro derecho y acromioplastia anterolateral*; posteriormente, el 24 de febrero del mismo año se le realizó una nueva cirugía por presentar capsulitis adhesiva, situación que limitó totalmente la movilidad de su brazo derecho.
3. Por lo anterior, la Junta de Calificación procedió a calificarla, otorgando una pérdida de capacidad laboral del 96% de origen profesional y con fecha de estructuración el 28 de enero de 2011. Con base en el dictamen señalado, a la accionante le fue reconocida la pensión de invalidez en junio de 2011.

4. Adicionalmente, el 13 de julio de 2012 la peticionaria solicitó a Seguros Bolívar S.A. el reconocimiento del *seguro vida grupo educadores*, quienes procedieron a objetar el pago aduciendo: *“con base en la historia clínica que reposa en la reclamación, se ha podido determinar que la enfermedad por la que reclama, la incapacita de forma parcial y no total para desempeñar cualquier labor remunerativa, como expresamente lo exige el anexo, por lo que no procede el pago solicitado”*.
5. La peticionaria solicitó reconsideración a la decisión de la aseguradora, pero en su respuesta reiteraron la objeción y afirmaron: *“para que haya lugar a la cobertura solicitada, se deben reunir todos los supuestos del anexo, es decir, incapacidad de 150 días y que la causa por la que reclama produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo y en el caso particular no se cumple con dichos criterios. Y precisó además: “una calificación de pérdida de capacidad laboral, no incide en la definición de la reclamación, como se indicó anteriormente, esta calificación tiene efectos en el campo de la seguridad social, con el objeto de garantizar el amparo de las contingencias derivadas de la invalidez, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinen en la ley laboral. En consecuencia de lo anterior, el asegurado no ha demostrado que reúne las condiciones del contrato para acceder al pago indemnizatorio”*.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. El Juez de primera instancia declaró la improcedencia de la acción de tutela, al considerar que: *“no se encuentra acreditado que la accionante carezca de recursos económicos suficientes o que dependa del pago de la póliza para subsistir, siendo éste un requisito indispensable para determinar la procedencia de la presente acción, toda vez que no resulta suficiente que la tutelante se encuentre en estado de discapacidad.”*

Expediente T-5109049

a) Hechos

1. El 26 de febrero de 2014 la agenciada, quien para la fecha de la acción de tutela tenía 72 años de edad, adquirió un crédito con el Banco Pichincha por valor de \$28.500.000, a un plazo de 96 meses, por el cual se pactó el pago de una cuota mensual de \$574.143, para ser descontados por libranza de su asignación pensional reconocida por la Gobernación del Valle del Cauca. El crédito se amparó con una póliza vida grupo deudores de la Aseguradora Solidaria de Colombia.
2. El 13 de junio del mismo año la agenciada sufrió un accidente cerebro vascular hemorrágico. Cuando finalizó la hospitalización, la atención en casa se estableció sobre la base del siguiente diagnóstico: *“paciente que presentó ECV hemorrágico, estuvo en UCI en estado crítico, intubada con tendencia a la mejoría sin embargo con compromiso neurológico que incluye hemiplejía izquierda, trastorno de la deglución y alteraciones neuropsiquiátricas secundarias, valorada por fisioterapia en proceso de rehabilitación y manejo además por psiquiatría”*.
3. Posteriormente, el 16 de agosto de 2014 la Junta de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca determinó que la agenciada sufría un 96.2% de pérdida de capacidad laboral, de origen común y fecha de estructuración el 13 de junio de 2014, día del accidente cerebro vascular.
4. La familia de la actora presentó reclamación al Banco Pichincha para hacer efectiva la póliza que cubría el valor del crédito adquirido. El 19 de diciembre de 2014, el banco anexó a su respuesta una comunicación de la Aseguradora Solidaria de Colombia suscrita el 25 de noviembre del mismo año, en la cual la entidad objetó el pago del seguro con fundamento en el siguiente argumento: *“(…) del análisis de los documentos presentados como soporte de la reclamación, además de la verificación realizada de los antecedentes de salud de la asegurada por nuestro departamento médico, se establece que para el 26 de febrero de 2014, la Sra. Lida Obdulia Chaparro de Useche presentaba antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia mixta desde el año 2009, siendo estas patologías las que generan el evento generador de la solicitud indemnizatoria. Y agregó: “es claro que al momento de firmar la declaración de asegurabilidad, la Sra. Lida Obdulia Chaparro de Useche, se*

encontraba diagnosticada con las patologías enunciadas anteriormente, las cuales no fueron manifestadas por ella. Al respecto de esta situación el artículo 1058 del código de comercio señala la obligación del asegurado en razón a declarar sinceramente el estado de riesgo (...)".

5. El hijo de la señora Chaparro, actuando en calidad de agente oficioso, presentó acción de tutela con el fin de solicitar al juez constitucional que ordene a las entidades accionadas reconocer el seguro que cubría la deuda, porque mensualmente se le viene descontando de la mesada pensional de su progenitora la cuota para cubrir el crédito y dicho dinero se requiere para los gastos en salud y alimentación de la agenciada, que actualmente necesita asistencia permanente de personal auxiliar con conocimientos especializados, dado que no puede valerse por sí misma.
6. El Banco Pichincha contestó la acción de tutela y solicitó que se declare que esa entidad no ha vulnerado los derechos fundamentales de la agenciada, comoquiera que fue la Aseguradora Solidaria de Colombia la entidad que decidió objetar la reclamación.
7. La Aseguradora Solidaria de Colombia solicitó que se declare la improcedencia de la acción de tutela porque la agenciada dispone de la vía judicial ordinaria para pedir la protección de sus derechos fundamentales. De fondo, la entidad reiteró las consideraciones expuestas en sus objeciones.
8. Delima Marsh S.A., pidió al juez de tutela que declare que esa sociedad no ha vulnerado los derechos de la agenciada. La entidad afirmó que es una compañía intermediaria de seguros, que actuó como puente entre el Banco Pichincha y la Aseguradora Solidaria de Colombia, para facilitar la contratación del seguro, la renovación del mismo y la agilización en la atención de los reclamos.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. En sentencia de primera instancia el Juzgado tuteló los derechos fundamentales al debido proceso, a la vida digna y al mínimo vital de la señora Lida Obdulia Chaparro

de Useche, y ordenó a la Aseguradora Solidaria de Colombia, que otorgue a la accionante el amparo por incapacidad total y permanente, conforme a la cobertura del seguro de vida grupo deudores, y asumir el saldo insoluto del crédito. El fundamento principal de la decisión del despacho fue: *“la ahora accionante llenó un formulario para tomar la póliza como deudora y garantizarle a la entidad bancaria Banco Pichincha, por determinación de ésta, que en caso de muerte o por sobrevenir incapacidad total y permanente, Aseguradora Solidaria se hacía cargo del saldo insoluto de la deuda, que luego la aseguradora se niega a asumir, sin exámenes médicos que hubiera dispuesto realizar, como es de su responsabilidad o pedido a la asegurable que los allegara, le permiten colegir, con base seria y no por mera suposición a discreción o conveniencia, que “infarto cerebro vascular” preexistía al ingreso de la señora (...) a la póliza de vida grupo deudores y si ella obró con reticencia”*.

2. La Aseguradora impugnó la decisión, reiterando que la agenciada dispone de la vía ordinaria para solicitar el pago del seguro que reclama a través de la vía de tutela, además, que era deber de aquella, al momento de tomar el seguro, declarar de forma exacta el estado del riesgo, concretamente, a través de la manifestación de su estado de salud físico y mental para ese momento.
3. El Juzgado de segunda instancia revocó la decisión de instancia y declaró la improcedencia de la acción de tutela. El juzgado explicó: *“no resulta caprichosa la objeción presentada por la aseguradora, porque al parecer la aseguradora faltó a la verdad al momento de suscribir la solicitud de aseguramiento, ya que no mencionó que sufría de hipertensión arterial, que se cree fue la determinante para el accidente cerebro vascular que padeció el 13/06/2014. Lo anterior, sin perjuicio de acudir a la acción ordinaria para establecer con certeza si hay lugar o no al pago de la indemnización por invalidez permanente”*.

Expediente T-5189828

a) Hechos

1. El accionante tomó un seguro de vida *grupo davida integral* con Seguros Bolívar, vigente desde el 26 de mayo de 2014 hasta el 26 de mayo de 2015, el cual contaba con las coberturas de vida, indemnización por muerte accidental y beneficios por desmembración e incapacidad total y permanente, por un valor asegurado de \$80.000.000.
2. El 29 de octubre de 2014 el actor fue calificado con un 82.95% de pérdida de capacidad laboral por presentar agudeza visual, hipoacusia neurosensorial, cefalea migrañosa, colon irritable y diabetes mellitus, entre otras enfermedades, con fecha de estructuración el día de emisión del dictamen por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, entidad para la que trabajó por más de 7 años.
3. Por lo anterior, el accionante solicitó a Seguros Bolívar S.A. reconocer el seguro suscrito en mayo de ese mismo año. El 6 de enero de 2015, la compañía objetó la reclamación argumentando que no se acreditó una “incapacidad total y permanente” en los términos establecidos en la condición primera del anexo, es decir, un porcentaje de invalidez que le impida desempeñarse laboralmente en una actividad lucrativa. Esta decisión fue confirmada por la misma entidad en oficio del 4 de febrero de 2015 al responder una nueva solicitud del actor en la cual pidió reconsiderar la objeción.
4. El accionante solicita al juez de tutela que ordene a Seguros Bolívar pagar el seguro de vida *davida integral*, para suplir las contingencias económicas que actualmente se generan en la invalidez que padece, y que le impiden disfrutar de su vida en dignidad.
5. En respuesta a la acción de tutela, Seguros Bolívar S.A. pidió que se declare que no ha vulnerado los derechos fundamentales del interesado. Afirmó que se abstuvo de reconocer el pago de la póliza comoquiera que las lesiones que padece el accionante no le impiden desempeñar cualquier trabajo remunerado. También, sostuvo que el concepto de invalidez vigente en el Sistema de Seguridad Social no se extiende a la interpretación de las cláusulas contractuales de seguros, y que en esta última materia, la incapacidad debe ser total.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. En fallo de primera instancia, el juzgado negó la protección invocada por el accionante porque encontró que no se vulneró su derecho fundamental al mínimo vital y consideró que corresponde al actor acudir a la vía ordinaria. Adujo sobre el particular que: *“es importante hacer notar que en el caso en comento, ni de las pruebas que obran en el expediente, ni de lo que puede inferirse de la planteado por el accionante, se derivan elementos de juicio suficientes para dar por probado que estamos ante la vulneración del derecho fundamental al mínimo vital como se plantea y que pueda justificarla concesión de la acción de tutela (...).”*
2. El accionante impugnó la decisión señalando que a diferencia de lo sostenido por el juez de primera instancia, no tiene medios económicos porque es una persona con una pérdida de capacidad laboral del 82.95% y en esas circunstancias ningún empleador va a contratarlo. Ha intentado en el mercado laboral emplearse, pero es prácticamente imposible en esas circunstancias. Sostuvo también que en sus condiciones, sumadas a la falta de recursos económicos, le impiden agotar todas las etapas de un trámite ordinario sin poner en riesgo su derecho fundamental al mínimo vital.
3. A través de fallo de segunda instancia, el juzgado confirmó íntegramente la decisión recurrida.

Expediente T-5201723

a) Hechos

1. El 3 de julio de 2013 la accionante suscribió una póliza de seguro de vida grupo deudores, para respaldar un crédito adquirido con el Banco BBVA por valor de \$100.000.000, la cual operaría por muerte o por incapacidad total y permanente del titular.
2. El 5 de septiembre de 2013 la actora sufrió un multi-infarto cerebral, por lo que solicitó a BBVA Seguros de Vida afectar la póliza que respaldaba el crédito adquirido con

Banco BBVA, quienes informaron a la accionante que *“teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud de seguro de vida grupo deudores, el día 3 de julio de 2013, se omitió declarar dichas patologías –síndrome del túnel carpiano, artritis, y trastornos mentales-, obligado a hacerlo en virtud del citado artículo, por tanto, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., dentro del término legal se permite objetar íntegra y formalmente la presente reclamación(...).”*

3. La accionante solicitó, a través de Suramericana, la calificación de su pérdida de capacidad laboral, quienes determinaron una invalidez del 65.94%, de origen común y con fecha de estructuración el 5 de septiembre de 2013.
4. La peticionaria solicita al juez de tutela que ordene a BBVA Seguros de Vida reconocer y pagar el monto de la póliza, con base en el dictamen mencionado. Afirmó que por razón de su enfermedad no se puede desempeñar laboralmente, y que en este momento tiene a cargo a dos hijos menores de edad (9 y 17 años), que demandan gastos permanentes de alimentación, educación, salud, vivienda y transporte, que deben ser sufragados por ella totalmente a través de la pensión de invalidez que recibe por valor igual al salario mínimo. Agregó que no cuenta con ingresos fijos adicionales, dado que su esposo no puede asistirlos porque quedó inválido y tiene una pérdida de capacidad laboral del 66.55% desde abril del año 1996.
5. En respuesta a la acción de tutela, BBVA Seguros de Vida solicitó declarar la improcedencia de la acción de tutela, porque la accionante tiene a su disposición la vía ordinaria para que se resuelva la controversia sobre el pago del seguro a que se ha hecho referencia.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. En fallo de primera instancia el juez declaró la improcedencia de la acción de tutela, pues a su juicio la actora no demostró que acudía a la acción impetrada para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, y en esa medida, debía agotar la vía ordinaria.

2. La accionante impugnó la decisión. En su escrito afirmó “*¿cómo es posible que el a-quo indique que no hay perjuicio irremediable? ¿Es que bastaron las pruebas adjuntas donde familiares y amigos está ayudando con la manutención del hogar y con el sostenimiento y pago de las matrículas y pensiones de los hijos? (...) ¿considera el juez que no hay perjuicio porque la pensión que devenga la accionante es sobre el salario mínimo? Con respeto le manifiesto al fallador de segunda instancia... que un salario mínimo le ayuda a una familia compuesta por padres discapacitados o inválidos al sostenimiento de un hogar, en donde dos son inválidos (...)*”.
3. En segunda instancia el Juzgado confirmó íntegramente el fallo recurrido.

Expediente T-5201786

a) Hechos

- 1) El 30 de septiembre de 2013 el accionante tomó la póliza con BBVA Seguros de Vida, por un valor de \$51.000.000 para asegurar la cancelación del crédito de libre inversión adquirido con el Banco BBVA en caso de muerte o incapacidad permanente.
- 2) El 24 de abril de 2014, la Junta Médico Laboral de la Dirección de Sanidad de la Armada Nacional declaró que el accionante presentaba una disminución de la capacidad laboral del cincuenta 50.30%, con fecha de estructuración el día de expedición del dictamen, y originada en las enfermedades *trastorno adaptativo, síntomas depresivos, leishmaniasis cutánea*, entre otros.
- 3) Con fundamento en el dictamen de pérdida de capacidad laboral, el accionante solicitó a BBVA Seguros de Vida el pago de la póliza, quienes objetaron la solicitud, asegurando que al momento de suscribir el contrato el accionante omitió declarar: “*antecedentes patológicos de trastorno adaptativo con síntomas depresivos además de hipoacusia neurosensorial leve, desde el año 2012*”, por lo cual, a su juicio, el accionante incurrió en reticencia.

- 4) El peticionario explicó que con la asignación por invalidez reconocida por la Armada Nacional sostiene un hogar compuesto por dos hijos menores de edad y su esposa; que actualmente la familia no cuenta con ingresos adicionales para subsistir y que el dinero de la póliza les ayudaría a estabilizarse por un tiempo razonable.
- 5) En respuesta a la acción de tutela, BBVA Seguros de Vida solicitó rechazar por improcedente la acción constitucional. Afirmó que *“la acción de tutela no se instituye para atender discrepancias y conflictos que deben dirimirse por otras vías procesales, en este caso por la vía ordinaria. De hecho, no ventilar esta situación ante el juez natural, sería violatorio del debido proceso de la aseguradora”*. Agregó que no ha desplegado ningún acto que vulnere los derechos fundamentales del actor.

b) Reseña de los fallos de instancia

1. En fallo de primera instancia el juez negó la acción de tutela promovida por el accionante contra BBVA Seguros de Vida. En concreto, el juzgado sostuvo: *“(…) obsérvese que en el presente caso, lo que pretende la accionante es que el Juez Constitucional proceda a resolver controversias de orden claramente legal que parten de su inconformidad respecto a la decisión de la parte accionada sobre la negativa de cancelar el crédito de libre inversión con la póliza que se adquirió, lo que resulta ajeno en sede de tutela, puesto que el conflicto suscitado corresponde a un litigio cuyo conocimiento y decisión compete a la jurisdicción ordinaria (...)”*.
2. El actor impugnó la decisión reiterando el contenido de su escrito de tutela.
3. Mediante fallo de segunda instancia, el juzgado decidió confirmar en todas sus partes el fallo de primera instancia. Sostuvo que la improcedencia de la acción de tutela era clara, toda vez que planteaba *“situaciones fácticas frente a las cuales el ordenamiento jurídico tiene establecidos los mecanismos pertinentes”*. Agregó que al no advertir *“la existencia de un hecho relevante que pueda comprometer los derechos fundamentales invocados”*, el pronunciamiento del juez de conocimiento se encontraba ajustado a derecho.

3.1.2. Planteamiento del problema jurídico

Teniendo en cuenta que en los expedientes T-5109049, T-5201723 y T-5201786 las compañías de Seguros objetaron el pago de las indemnizaciones porque a su juicio la invalidez que les fue declarada se originó en una enfermedad que los tomadores de los seguros sufrían previamente a la suscripción del seguro y que omitieron declarar al momento de suscribir el mismo, es decir que se presentó reticencia y frente a los expedientes T-5158888 y T-5189828, la aseguradora afirmó que el pago procede solo en el evento en el que los interesados no puedan desarrollar una actividad económica de la cual generar ingresos, lo cual, en criterio de la aseguradora, no se cumple en los casos concretos, pues si bien los accionantes son inválidos, aún conservan un porcentaje de capacidad laboral residual, la Corte deberá resolver los siguiente problema jurídico:

¿Vulnera una compañía aseguradora los derechos constitucionales a la vida digna y al mínimo vital, por negarse a reconocer y pagar a los peticionarios un seguro para cubrir el saldo insoluto de un crédito adquirido con una entidad financiera, que se haría efectivo en caso de incapacidad permanente parcial o muerte del titular, aduciendo que los tomadores no declararon la realidad sobre su estado de salud al momento de tomar el seguro, y que la invalidez permanente que sufren actualmente se derivó de una condición de salud anterior, a pesar de que: (1) las aseguradoras no realizaron examen médicos a los interesados o pidieron sus historias clínicas para constatar el estado de salud de quienes tomaron el seguro, y (2) la enfermedad a la que se hace referencia como causante de la invalidez no quedó explícitamente excluida del contrato de seguro?.

3.1.3. Consideraciones de la Corte

Previo a dar respuesta a este interrogante, la Corte consideró necesario validar la procedencia de la acción de tutela en los procesos acumulados, es así que reitera lo manifestado en la providencia T-222 de 2014 y T-316 de 2015, en la cual advirtiendo que en casos como los que aquí se cuestionan la procedencia formal de la acción frente a las aseguradoras se fundaba en dos argumentos relevantes: el primero, el de la prestación

de un servicio público, o por lo menos de una actividad en el que era evidente el interés público, y el segundo, por el estado de indefensión⁷.

La situación de indefensión como criterio relevante al momento de valorar la procedencia de la acción de tutela contra establecimientos aseguradores, fue reiterada recientemente en la sentencia T-770 de 2015⁸, en los siguientes términos:

“3.1.3.9. En síntesis, la actividad aseguradora en una labor de carácter financiero que debe resolver sus litigios en el marco de la jurisdicción ordinaria. No obstante, contra este tipo de compañías podrá ejercerse de manera excepcional la acción de tutela cuando el juez constitucional logre demostrar que: **(i)** los mecanismos ordinarios no son idóneos o eficaces para proteger el derecho; **(ii)** el accionante está ante la amenaza de un perjuicio grave e irremediable, cuya valoración deberá ser flexible en el caso de sujetos con especial protección constitucional; y **(iii)** cuando de la relación contractual se observe que el actor se encuentra en estado de indefensión”.

Conforme a la línea jurisprudencial consolidada por la Corte Constitucional, la acción de tutela contra aseguradoras es procedente formalmente desde el tópico de la legitimación en la causa por pasiva, en razón a que su actividad desborda el mero interés particular de cualquier relación contractual y en la medida en que su posición dominante puede generar una situación de indefensión, situación que fácticamente debe valorarse en cada caso.

Así mismo, en relación al carácter subsidiario y residual de la acción de tutela, se establece que procede cuando: (i) la parte interesada no dispone de otro medio judicial de defensa, o (ii) existe otro medio de defensa judicial, pero es ineficaz para proteger derechos fundamentales y se quiere evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable.

⁷ Esta tesis fue recientemente reiterada en providencia T-316 de 2015 (MP María Victoria Calle Correa, SP Luis Guillermo Guerrero Pérez), así: “3.1. En reiterada jurisprudencia, esta Corte ha sostenido que la acción de tutela es procedente frente a particulares que ejercen actividades bancarias. Esto tiene fundamento en que: (i) estos se ocupan del manejo de recursos captados del público y, por lo tanto, su actividad puede ser considerada como un servicio público; (ii) las entidades bancarias detentan una posición dominante frente al usuario, por lo que es necesario equilibrar las posiciones en que se encuentran ubicadas cada una de las partes negociales.”.

⁸ M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, AV y SP Luis Ernesto Vargas Silva y AV Alberto Rojas Ríos.

Por su parte, el análisis de si existe un perjuicio irremediable, por un lado, y la evaluación de la eficacia de los otros medios judiciales disponibles, por el otro, son dos elementos constitutivos del principio de subsidiariedad que permiten preservar la naturaleza de la acción de tutela en cuanto: (1) evitan el desplazamiento de los mecanismos ordinarios, al ser estos los espacios naturales para invocar la protección de diversos derechos; y (2) garantizan que la tutela opere cuando se requiere suplir las deficiencias que presenta el orden jurídico para la protección efectiva de tales derechos a la luz de un caso concreto.

Asimismo, la procedencia de la acción constitucional está supeditada al cumplimiento del principio de inmediatez. Éste exige que la acción sea presentada por el interesado de manera oportuna en relación con el acto que generó la presunta vulneración de los derechos fundamentales.

Así mismo ha sostenido la Corte que en casos como los que nos ocupan estamos frente a una de los presupuestos de procedencia de la tutela, contenido en el artículo 86 de la Constitución. Ello porque es evidente que el no pago de la póliza de seguros, agrava la situación de debilidad manifiesta de los actores, desde el punto de vista de su situación económica y la tutela procede como el mecanismo idóneo para resolver la controversia. Pero además, se hace necesaria la intervención del juez constitucional para evitar un perjuicio irremediable comoquiera que los accionantes necesitan, para la satisfacción de sus derechos fundamentales, especialmente al mínimo vital, una respuesta pronta sobre el reconocimiento y pago del seguro, de manera que puedan afrontar mejor su situación de debilidad manifiesta.

En los anteriores términos, la Sala considera que las cuatro acciones de tutela que se acumulan son procedentes, por lo tanto se analizará de fondo las solicitudes elevadas por los peticionarios o sus agentes oficiosos. El otro expediente restante no es procedente por cuanto no acreditó una condición que le impida ejercer la acción ordinaria declarativa, por lo tanto la Corte procederá a confirmar los fallos de instancia.

¿Vulnera una compañía aseguradora los derechos constitucionales a la vida digna y al mínimo vital, por negarse a reconocer y pagar a los peticionarios un seguro para cubrir el saldo insoluto de un crédito adquirido con una entidad financiera, que se haría efectivo en

caso de incapacidad permanente parcial o muerte del titular, aduciendo que los tomadores no declararon la realidad sobre su estado de salud al momento de tomar el seguro, y que la invalidez permanente que sufren actualmente se derivó de una condición de salud anterior, a pesar de que: (1) las aseguradoras no realizaron examen médicos a los interesados o pidieron sus historias clínicas para constatar el estado de salud de quienes tomaron el seguro, y (2) la enfermedad a la que se hace referencia como causante de la invalidez no quedó explícitamente excluida del contrato de seguro?

Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige por las normas de derecho comercial y civil que lo regulan, y constituye una concreción del principio de la autonomía de la voluntad, de manera que prima en el negocio jurídico la intención de las partes. Además, la Corporación ha reconocido el carácter comercial de sus actividades. En el marco del derecho comercial, el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva, y de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio, 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 de sus coberturas.

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

Igualmente, de acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros, 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 Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Pero no se trata de una deber que se lee aislado de la

responsabilidad que asume la aseguradora, pues en la medida en que la compañía asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito previo para ampararlo y para determinar la contraprestación que exigirá al tomador a manera de prima.

Del lado del tomador, éste tiene el deber de declarar la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud); pero si las preguntas tipo del cuestionario de asegurabilidad son muy generales, y no se exigieron exámenes médicos o la historia clínica de los tomadores, esta circunstancia no puede traducirse en la imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de una interpretación carente de razonabilidad frente a las cláusulas del contrato.

El tema ha sido abordado por la jurisprudencia en diversas ocasiones, por ejemplo en la sentencia T-342 de 2013 se tutelaron los derechos a la vida, al mínimo vital, a la familia, a la alimentación, a la salud y a la dignidad humana de un docente calificado con un 97% de pérdida de capacidad laboral, que previamente había adquirido créditos respaldados con una póliza de seguro de “*vida deudores*”. Al solicitar que se cancelara la póliza debido a la ocurrencia del siniestro, su reclamación fue objetada por la compañía aseguradora porque el asegurado habría incurrido en reticencia. A juicio de la Sala Sexta de Revisión la aseguradora: “(...) *omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores*”. Por ello, ordenó a la aseguradora efectuar los trámites necesarios para pagar los saldos insolutos de las obligaciones crediticias adquiridas por el actor.

Finalmente, en la sentencia T-222 de 2014 se estudiaron varios casos en los cuales unos ciudadanos adquirieron créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declarados inválidos, pese a lo cual, al solicitar que se cancelaran las pólizas de seguros, las

compañías se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (preexistencia) 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”*.

De la jurisprudencia citada permite concluir a la Sala que la Corporación se ha pronunciado en casos que suponen amparar a las personas en situaciones humanas que son límite. Las sentencias han sido dictadas a propósito de acciones de tutela interpuestas por personas naturales contra aseguradoras, en el marco de la ejecución de un contrato de seguros de dos especies diferenciables: (i) de vida con cobertura de invalidez o incapacidad permanente, (ii) de vida grupo deudores, para el cubrimiento de créditos pendientes en casos de invalidez o muerte del deudor.

En estos casos, la Corte se ha visto ante situaciones diferentes entre sí, aunque con el común denominador de objeciones a la reclamación por parte de las aseguradoras, en un contexto en el cual se alegaba la vulneración de derechos fundamentales de la persona natural asegurada. La decisión de abstenerse de pagar la póliza se ha fundado en tres clases de argumentos: (i) en preexistencias, (ii) en reticencia, o (iii) en que los asegurados, si bien son inválidos, aún conservan un porcentaje de su capacidad laboral residual para procurarse un ingreso.

Los asuntos abordados por la Corporación involucran personas que consideran vulnerados o amenazados sus derechos fundamentales, como por ejemplo la salud o el mínimo vital o la vivienda, por cuanto por sus condiciones personales las ubican en

circunstancias de debilidad manifiesta. Por ende, no basta con que se invoque un derecho fundamental en una acción de tutela, con el fin de que se cancele la cobertura de una póliza en uno de los contratos mencionados. Debe además mostrarse que la persona no cuenta con otros medios económicos para satisfacer tales derechos.

Así, solo cuando se han presentado los supuestos antes descritos, la Corte ha procedido a definir los límites constitucionales en materia de preexistencias, de reticencia o de concurrencia del riesgo asegurado.

Finalmente, la Corte también se ha referido a cuatro deberes que tienen las aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados, para la adecuada prestación del servicio de aseguramiento, y con miras a garantizar, especialmente, que se mantengan las condiciones inicialmente pactadas, y que en caso de duda, la interpretación de las cláusulas contractuales sea la más beneficiosa al interesado. Estos deberes se resumen en: (i) *claridad*: hace referencia a que las cláusulas contractuales. La póliza debe estar escrita en un lenguaje accesible para la parte interesada y contener conceptos precisos, para que no se presenten confusiones en la aplicación de sus cláusulas, (ii) *información*: la aseguradora debe suministrarle al tomador en forma completa las condiciones, coberturas y exclusiones del seguro. Este deber incluye la asesoría en todas las etapas del trámite, inclusive en la reclamación cuando se materializa el riesgo asegurado; (iii) *confirmación*: consiste en la necesidad de corroborar la información suministrada por el tomador del seguro, por medio de la realización de exámenes médicos o la exigencia de aportar su historia clínica o exámenes recientes sobre pruebas clínicas que considere necesarias; y (iv) *lealtad*: se traduce en que en el marco de la relación contractual cada parte cumpla sus deberes conforme fueron pactados originalmente, sujetándose al principio de buena fe en las actuaciones que desplieguen, con miras a no afectar los derechos fundamentales de la contraparte, los cuales fueron establecidos en la sentencia T-316 de 2015.

Un último asunto a tratar como parte de los argumentos jurisprudenciales que fundamentan la decisión a adoptar por la Sala, y en estrecha relación con el deber de confirmación antes enunciado, es el hecho de que las aseguradoras no pueden objetar

válidamente el pago de un siniestro alegando la figura de la preexistencia, cuando no existe mala fe del tomador al momento de suscribir la póliza y sus anexos.

Con respecto a la figura de la buena fe en los contratos de seguro, la Sala afirmó que para sustentar la objeción al pago las aseguradoras no pueden alegar que el tomador incurrió en reticencia si conocían o podían acceder a conocer los hechos que dieron lugar a la reticencia alegada, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro. Específicamente sostuvo: *“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, 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 conclusión, cuando se tome una póliza *seguro de vida grupo deudores*, el siniestro ocurre, no puede prosperar la objeción de la compañía aseguradora que se base en que en la declaración de aseguramiento no se mencionaron todas las enfermedades que padece quien toma el seguro, siempre que la compañía realice una pregunta general en el formato: *“¿ha sufrido de alguna enfermedad?”* y no esté expresamente excluida el padecimiento que origina la invalidez, en las cláusulas del contrato de seguro. De igual forma opera en caso del *seguro de vida grupo educadores de Colombia* y *seguro de vida grupo integral* que se suscriban con las distintas aseguradoras, tal como ocurrió en los casos en estudio.

3.1.4 Decisión de la Corte

- a) Frente al Expediente 5158888, la Corte revocó el fallo de única instancia, que declaró la improcedencia de la acción de tutela y en su lugar, amparar los derechos fundamentales de la tutelante a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ordenó a la aseguradora a que reconozca y pague a la accionante la indemnización pactada en la póliza *del seguro de vida grupo educadores de Colombia*.

- b)** Respecto del Expediente No. 5109049, la Corte revocó el fallo de segunda instancia. En virtud de esta decisión, ordenó a la Aseguradora que reconozca y pague la indemnización de la póliza del *seguro de vida grupo deudores*, pagando el valor insoluto de la deuda que la accionante tiene con el Banco Pichincha, y lo hará desde el 13 de junio de 2014 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que la accionante continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.
- c)** En relación con el Expediente No. 5189828 la Corte confirmó el fallo de segunda instancia en la cual se negó la protección invocada por el señor John Alexander Triana Rodríguez en su proceso de tutela.
- d)** Respecto el Expediente No. 5201723, la Corte revocó el fallo de segunda instancia, en el cual se declaró la improcedencia de la acción de tutela y en su lugar, amparar los derechos fundamentales de la tutelante a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ordenó a BBVA Seguros de Vida que reconozca y pague la indemnización de la póliza modalidad *seguro de vida grupo deudores*. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la deuda que la accionante tiene con Banco BBVA, y lo hará desde el 5 de septiembre de 2013 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que la accionante continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.
- e)** Finalmente, frente al Expediente No. 52011786 la Corte revocó el fallo de segunda instancia y en su lugar amparó los derechos fundamentales de los tutelantes a la vida digna y al mínimo vital. En virtud de esta decisión, ordenó a BBVA Seguros de Vida que reconozca y pague la indemnización de la póliza en la modalidad *seguro de vida grupo deudores*. Para tales efectos la entidad deberá cancelar el valor insoluto de la

deuda que el accionante tiene con el Banco BBVA, y lo hará desde el 24 de abril de 2014 (fecha de estructuración de su invalidez). Y comoquiera que es posible que el actor continuara pagando las cuotas del crédito incluso de forma posterior a la declaratoria de su estado de invalidez, una vez la aseguradora cubra el valor insoluto directamente con la entidad financiera, deberá desembolsar a su favor el monto de las cuotas que haya asumido hasta este momento.

3.2. EVALUACIÓN CRÍTICA

Conforme al principio de buena fe que enmarca el contrato de seguro en Colombia, es evidente que existen obligaciones recíprocas entre las partes contratantes, pues en cuanto al artículo 1058 del código de comercio, la jurisprudencia ha manifestado que dicha norma establece declarar de forma abierta y sincera los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, sin embargo, dicha labor no puede ser considerada o interpretada de forma aislada de la responsabilidad que asume la aseguradora, *“pues en la medida en que la compañía asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito previo para ampararlo y para determinar la contraprestación que exigirá al tomador a manera de prima”*⁹, esto en razón a que son quienes tiene la experticia en la asunción del riesgo.

En concordancia con lo anterior, la Corte también se ha referido que las aseguradoras deben cumplir cuatro deberes con los tomadores y asegurados, *para la adecuada prestación del servicio de aseguramiento, y con miras a garantizar, especialmente, que se mantengan las condiciones inicialmente pactadas, y que en caso de duda, la interpretación de las cláusulas contractuales sea la más beneficiosa al interesado. Estos deberes se resumen en: (i) claridad, (ii) información, (iii) confirmación y (iv) lealtad, que debe existir por parte de la aseguradora y del tomador en el momento de la suscripción de la póliza.*

Por lo anterior, es evidente que *“desde hace algunos años, la Corte Constitucional parece haber entendido el alcance del artículo 1058 en un sentido diferente. En sentencias como*

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T – 024 de 2016.

la T-521 de 2012 y la T-222 de 2014 la Corte ha indicado que el contrato de seguro solamente se encuentra viciado de nulidad en aquellos casos en los cuales el tomador obró con mala fe, esto es, en aquellos casos en los cuales el incumplimiento del tomador haya sido doloso. Lo anterior tiene fuertes implicaciones frente a la defensa de las compañías aseguradoras en casos de fraude, toda vez que el que el mero incumplimiento culposo del deber de información bastara para pretender la nulidad del contrato, facilitaba la defensa en aquellos casos en los cuales la compañía aseguradora consideraba que el error había sido inducido por una maquinación del tomador (esto es, dolo), pero no contaba con las pruebas suficientes para demostrar judicialmente la creencia, toda vez que dicho dolo no debía ser probado. Esto resulta más gravoso aun si se tiene en cuenta que, por lo menos para la doctrina especializada, la carga de la prueba del dolo o la culpa variaba dependiendo de si se había suministrado o no un cuestionario, así: cuando no hay cuestionario el asegurador debe demostrar que la reticencia o inexactitud del tomador fue con dolo o culpa, mientras que cuando el asegurador sí lo suministró es el tomador quien debe demostrar que él actuó con diligencia y que por lo tanto su error fue inculpable (Ossa Gómez, 1991, págs. 337-339), circunstancia supremamente relevante porque en el último caso el contrato no puede ser rescindido, sino que tan solo es posible reducir el importe de la indemnización. En sentido contrato, la Corte Constitucional en las sentencias referidas no diferencia la carga de la prueba en uno y otro caso. Ahora, esta interpretación sui generis de la Corte Constitucional parece haberse comenzado a rectificar en sentencias más recientes, como la T-570 de 2015, la T-058 de 2016 y la T-501 del mismo año. Habrá que esperar más pronunciamientos para ver si la rectificación se mantiene o si persisten las diferencias interpretativas entre la Corte Suprema de Justicia y la Corte Constitucional¹⁰.

Por lo anterior, es evidente la constitucionalización del contrato de seguros, en los que mediante la acción de tutela, los jueces podrá ordenar el pago de la indemnización de una póliza de seguro de vida cuando se ven seriamente vulnerados los derechos fundamentales como la vida, la dignidad, la salud entre otros, esto en los términos establecidos en el artículo 86 de la Constitución y el Decreto 2591 de 1991, desconociendo en algunos casos los principios generales del contrato de seguro y figuras

¹⁰ Vásquez Vega, Daniel, *La mala fe y el fraude en derecho colombianos de seguros*, 46 Rev.Ibero-Latinoam.Seguros, 15-35 (2016). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ns45.mffd>

tales como preexistencia en un seguro de vida, donde se afirma que no siempre se constituye como reticencia, hasta tanto la aseguradora demuestre la mala fe del tomador.

De esta manera, “en el criterio de Luis Eduardo Clavijo, subdirector jurídico de la Federación de Aseguradores Colombianos (Fasecolda), *el hecho de que la actividad aseguradora sea de interés público no supone per se un desequilibrio de quienes se adhieren al contrato de seguro y, por eso, no puede considerarse que asegurados, tomadores y beneficiarios, por la sola suscripción del contrato, queden inmersos en un estado de indefensión. Y al respecto resalta que la misma ley ha sido la encargada de restablecer cualquier desventaja a través de la expedición de normas que otorgan especial protección al consumidor financiero. Aunque reconoce que es posible que se presenten situaciones que ameriten el pronunciamiento del juez constitucional, advierte que la simple relación de adhesión no puede constituir un criterio para que proceda la acción de tutela*” (Albornoz, 2016, p. 1)¹¹.

¹¹ *Ibidem*

CONCLUSIONES

- 1) La Ley y la doctrina han definido las principales características del contrato de seguro: Consensual, bilateral, oneroso, aleatorio, de ejecución sucesiva, intuitu personae, de adhesión y la buena fe, que fue la característica estudiada en el presente análisis jurisprudencial, y que la violación de ésta se da lugar a la reticencia, figura que no puede ser desconocida por el juez de tutela en sus pronunciamientos, especialmente la sanción de esta acarrea, que es la nulidad relativa del contrato. Por lo tanto, la Corte dejó en claro que *“la acción de tutela no es la vía idónea para pronunciarse sobre el fenómeno de la reticencia, cuando se brindan elementos de juicio que advierten sobre la existencia de una discusión respecto de la veracidad de las declaraciones realizadas sobre el estado del riesgo y que implican entrar a determinar si se infringieron o no los mandatos de la buena fe”*.

- 2) La Corte reiteró ha reiterado en sus pronunciamientos que *“La acción de tutela no es el medio idóneo para resolver litigios contractuales pero ha enfatizado que cuando a partir de dicho contrato se vulneran derechos fundamentales como el mínimo vital, derecho a la vida, derecho a la vida digna si tendrán la jurisprudencia de la Corte ha admitido que la acción de tutela está llamada a prosperar, cuando se acredita que los otros mecanismos judiciales no son lo suficientemente idóneos para otorgar un amparo integral, o no son lo adecuadamente expeditos para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable”*.

Para determinar la configuración de un perjuicio irremediable, deben concurrir los siguientes elementos: (i) *el perjuicio ha de ser inminente, es decir, que está por suceder; (ii) las medidas que se requieren para conjurarlo han de ser urgentes; (iii) el perjuicio debe ser grave, esto es, susceptible de generar un daño trascendente en el haber jurídico de una persona; y (iv) exige una respuesta impostergable para asegurar la debida protección de los derechos comprometidos.*

- 3) Analizadas las sentencias emitidas por la Corte Constitucional se pudo determinar que ésta ha tratado de proteger los derechos fundamentales de las personas, asumiendo

inclusive una postura proteccionista, constitucionalizando el contrato de seguro y a su vez desconociendo los principios legales de mismo.

Es importante reconocer que el fenómeno de la constitucionalización busca la garantía de derechos fundamentales protegidos por el Estado Social de Derecho, y es por ello que obliga a intervenir a los jueces en los casos particulares cuando se identifican situaciones de indefensión, al cual se le aplica los criterios que ha determinado la Corte Constitucional a temas como: la prevalencia de derechos fundamentales, la debilidad manifiesta de la parte pasiva y la carencia de medios jurídicos de protección o poco efectivos que ponen en riesgo derechos fundamentales como la vida y el mínimo vital de la parte pasiva, buscando imponer límites constitucionales a la libertad contractual en actividades declaradas de interés público como lo es el contrato de seguro y la actividad aseguradora.