

Concepción, veinticuatro de agosto de dos mil veinte.

Vistos:

Compareció en este proceso **Rol N° 10.862-2020**, Carolina Cabalín Canales, abogado, en representación convencional de Leonardo Patricio Mello Melo, abogado, ambos con domicilio para estos efectos en calle Barros Arana N° 492 oficina 63 Concepción, e interpuso recurso de protección en contra de Scotiabank Chile, representado por Francisco Javier Sardón De Taboada, gerente general, ambos con domicilio en Avenida Costanera Sur N°2710, Torre A, Parque Titanium, piso 14, Comuna Las Condes; BNP PARIBAS CARDIF Seguros de Vida S.A., representada por su gerente general, Vivie Federic Georges Berbigier, ambos domiciliados en Avenida Vitacura 2670, piso 13 comuna de Vitacura; y en contra de SCOTIA Corredores de Seguros Chile Ltda., representada por Viviana Alejandra Kaschel Wulf, gerente, con domicilio en calle Morandé N°226, piso N°4, comuna de Santiago.

Expuso, en síntesis, que el 2 de marzo último, su representado conducía su vehículo P.P.U. HWDS 92 y, encontrándose detenido a la espera de un semáforo en rojo, sufrió un choque en la parte trasera, resultando con pérdida total del vehículo de su mandante, por lo cual tanto su patrocinante como la copiloto resultaron policontusos, con esguince cervical, y en el caso de su representado con una grave lesión en la boca, que requirió cirugía, ello, luego de ser extraídos por personal de rescate, trasladados por SAMU e internados en el Hospital las Higueras de Talcahuano, para luego ser trasladado e internado en el Hospital del Trabajador.

Expresa que posteriormente, el 17 de marzo de 2020, su mandante realizó el denuncia en el Banco Scotiabank, aportando todos los documentos que exigía la póliza, recibiendo luego dos correos informando la recepción de las solicitudes ingresadas, mensajes que informaban los respectivos números asignados como correlativos.

Agrega que el 15 de abril, al no tener noticias del proceso de liquidación, su representado llamó al número de teléfono que aparecía



en la póliza, perteneciente a Scotiabank, donde pese a no entregarle antecedentes del proceso de liquidación, fue informado de que la cobertura había sido aceptada, y que se le haría llegar el detalle.

Añade que el 21 de abril recibió correo que indicó: *“A través de la presente nos referimos a su solicitud presentada con fecha 17 de 03 del 2020: Compañía ha determinado rechazar la cobertura reclamada, ya que la patología presentada no tiene cobertura, adicional el siniestro ocurrió después de la vigencia final del asegurado”*.

Agregó que posteriormente, el 8 de mayo último recibió una nueva comunicación, rechazando también la cobertura, pero ahora por una causal distinta. Precisa que el "Informe de Liquidación de Siniestro" establece el rechazo de la cobertura de renta diaria por hospitalización, señalando como glosa que la hospitalización que motiva el reclamo tuvo una duración inferior a los días cama que establece la póliza como periodo mínimo para tener derecho a cobertura, transcribiendo al efecto lo siguiente: *“Artículo N°7 Cobertura y capital asegurado, Indica lo siguiente: a) Renta diaria por Hospitalización por Accidente (POL 3 2019 0020, Art.2 (letra I)”*. Luego, el 15 de mayo y luego de reiteraciones o reenvíos de 16, 18 y 20 de mayo, su representado impugnó la legalidad del proceso de liquidación y consecuentemente el informe de liquidación, a los correos que se les indicó. Sin embargo, de dicha presentación su representado, tampoco tuvo respuesta, contraviniendo así el plazo máximo de 6 días que establece el artículo 26 del Decreto 1055.

Concluyó solicitando que se acoja esta acción constitucional y, como consecuencia de ello, se ordene que el recurrido BNP PARIBAS CARDIF Seguros de Vida S.A deberá proceder al pago de la suma equivalentes a 112 UF, esto es 4 UF diarias por catorce días en beneficio de su representado como asegurado titular, más el asegurado adicional individualizado en el denuncia, al haber infringido las normas de procedimiento que se han individualizado, resultando viciado y nulo el proceso de liquidación de siniestro, y haber ya excedido el tiempo legal para realizarlo válidamente; 2) Que el



recurrido SCOTIABANK Chile, deberá hacer entrega copia del registro de llamada solicitado por su representado el 15 de abril de 2020, donde se le informó que la cobertura había sido aceptada; 3) Que el recurrido SCOTIA Corredores de Seguros Chile LTDA. deberá asistir a su representado hasta el entero pago de la cobertura reclamada; 4) En subsidio, que esta Corte disponga de las medidas que conforme a derecho y el mérito del proceso estime necesarias para reestablecer el imperio del derecho.

Informó Enrique Tapia Rivera, en representación de SCOTIABANK Chile S.A., quien informa, en síntesis, que la propia póliza establece un procedimiento de impugnación de la liquidación, procedimiento que el asegurado debe seguir, por lo que al existir una vía principal por la cual dilucidar la controversia de autos, es aquella vía la que debe utilizarse, y no ésta.

Añade que no se verifica en la especie la preexistencia de un derecho que se estime afectado y que tenga la condición de indubitado, como lo ha exigido reiteradamente la Excm. Corte Suprema para estimar procedente un recurso de esta naturaleza. Por el contrario, se trata de un derecho absolutamente controvertido que, en consecuencia, debe ser fehacientemente acreditado por vía de un proceso que cuente con las instancias y las etapas probatorias correspondientes.

Expresa que si bien el recurso de protección no es la vía en el caso de autos, de estimarse que sí lo es, el presente recurso tampoco puede prosperar, pues respecto de su representado no existe legitimación pasiva. Además de ello, esta acción constitucional ha sido interpuesto extemporáneamente, y no se vislumbra ningún acto arbitrario o ilegal por parte de ninguno de los intervinientes.

Indica que Scotiabank Chile carece de legitimación pasiva en estos autos, pues se recurrió en contra de su representada, Scotiabank Chile, en su calidad de empresa contratante del seguro. En este sentido, Scotiabank Chile carece de legitimación pasiva, toda vez que quien determina si procede o no la cobertura es la empresa



LKGGGXFXV

aseguradora, y no el banco contratante.

Arguye que su mandante no tiene responsabilidad en los hechos materia de autos, toda vez que solo actuó como contratante entre la aseguradora y el asegurado, y no es el Banco quien determina la procedencia de las coberturas ni mucho menos quien efectúa el pago a los asegurados.

Agrega que el recurso de protección es manifiestamente extemporáneo, pues las situaciones de las que trata el presente recurso acaecieron con bastante anterioridad a los 30 días hacia atrás contados desde su presentación, toda vez que el recurrente tomó conocimiento cierto de estos hechos por lo menos el 21 de abril de 2020. Precisa que sin perjuicio de habersele remitido una carta en que se le informaba del resultado de la liquidación el 4 de abril último, el día 21 del mismo mes y año, el recurrente se enteró del rechazo definitivo de la cobertura de la póliza, ya que tal como el mismo lo reconoce, recibió un correo electrónico en que se le notificaba del rechazo y, habiéndose presentado el recurso con fecha 1 de junio de 2020, se ha excedido con creces el plazo fatal de 30 días que establece el Auto Acordado sobre la materia, pues el plazo fatal se cuenta desde que ocurre la vulneración o, dependiendo de la naturaleza del caso, desde que el recurrente toma conocimiento cierto del hecho, dejándose constancia de ello en autos; en este caso, es el propio recurrente el que ha hecho constar en autos, tanto a través de sus dichos como a través de los documentos que acompañó, que tomó conocimiento cierto de los hechos por lo menos el 21 de abril de 2020.

Arguye que todos los intervinientes en la presente causa han obrado conforme a derecho y de acuerdo a las estipulaciones del contrato de seguro suscrito con el recurrente. En razón de ello, no se ha incurrido en ningún acto u omisión arbitrario ni ilegal que haya vulnerado las garantías constitucionales del recurrente.

Explica que la liquidación de un siniestro tiene por fin determinar la ocurrencia de un siniestro, es decir, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía de seguros determinada, y cuál es el monto de la



indemnización a pagar, todo ello en conformidad al procedimiento establecido en la ley y a las condiciones pactadas en cada contrato de seguros. En este orden de ideas, el liquidador resolvió rechazar la cobertura del seguro de renta diaria por convalecencia en virtud de los siguientes argumentos: *“De acuerdo a los antecedentes presentados, que indican que el Sr. Leonardo Patricio Mello Melo, el día 02/03/2020, tuvo un accidente de tránsito, del cual fue trasladado al Hospital Las Higueras, antecedentes y relato de asegurado indican que No hubo ingreso de Hospitalización Mayor a 24 horas. Por lo anterior, dado que No tuvo hospitalización mayor a 24 horas, NO procede la indemnización solicitada.”*.

Expresa que la cobertura solicitada por el recurrente, de Renta Diaria por Convalecencia, consiste en que la aseguradora pagará al asegurado una renta de 4 UF diarias por período de convalecencia, entendiéndose por período de convalecencia el que se inicia una vez terminada la hospitalización, con un límite de días a indemnizar de 14 días corridos. Agrega que queda en evidencia, de los antecedentes presentados por el asegurado, que el accidente sufrido por su persona no implicó hospitalización alguna. El actor no acompañó documentación alguna que acreditara una hospitalización mayor de 24 horas; por el contrario, el recurrente sólo acompañó en su denuncia los documentos que detalla en su recurso.

La licencia médica que se le otorgó al recurrente, tres días después del accidente, indicándole reposo por 14 días, en caso alguno puede ser calificado como 'período de convalecencia'. La licencia médica no implica necesariamente que se esté ante una situación de convalecencia derivada del accidente.

Conforme a ello, la empresa Aseguradora, BNP Paribas Cardif Seguros de Vida está facultada por disposición contractual expresa a rechazar la cobertura del seguro. Así lo hizo presente el informe de liquidación, después del estudio de los antecedentes, conclusión a la que dice adherir plenamente.

Informó el abogado Gian Carlo Lorenzini Rojas, en



representación de BNP Paribas Cardif Seguros de Vida S.A., quien señaló, en síntesis, que una vez recibida la solicitud de cobertura e indemnización por parte del recurrente, su representada procedió a activar la cobertura de convalecencia amparada en la póliza contratada, dando apertura al siniestro N°497747 respecto del actor, y al siniestro N°497746 respecto de la Sra. Aja, copiloto, oportunidad en la cual su representada procedió a solicitar copia de toda la documentación y antecedentes que resultaron necesarios para poder determinar la procedencia de la cobertura solicitada por los asegurados

Hace presente que dentro de la póliza contratada por el recurrente, en particular en lo señalado en la cobertura de convalecencia, se señala expresamente:

"La compañía pagará al asegurado, por este concepto una renta diaria de UF 4 diarias.

*Para esta cobertura se entiende que el periodo de convalecencia se inicia una vez terminada la hospitalización, esto es, la cobertura comienza el día siguiente a recibida el alta médica por el asegurado
Límites de días a indemnizar: Máximo 14 días corridos".*

Añade que de esta manera, y una vez terminado el proceso de liquidación antes señalado, su representada llegó a la conclusión de rechazar la solicitud de cobertura realizada por el recurrente y la Sra. Aja, toda vez que a la luz de los antecedentes aportados por ambos asegurados, se logró determinar que efectivamente ellos fueron sometidos a una serie de atenciones médicas producto del accidente del cual fueron objeto, mas no lograron acreditar el haber sido hospitalizados con posterioridad o con motivo de dicho accidente, por cuanto las atenciones médicas de las cuales fueron objeto constituyeron atenciones de naturaleza ambulatoria.

Precisa que producto del rechazo de cobertura antes señalado, el actor procedió a interponer este recurso de protección, solicitando que el siniestro que lo afectó tanto a él como a la asegurada adicional, la Sra. Carolina Aja, sea pagado, motivo por el cual su mandante procedió a reevaluar las coberturas contratadas, los siniestros



denunciados y los antecedentes acompañados al proceso de liquidación. Luego, una vez terminado un nuevo análisis de los siniestros antes señalados, su representada nuevamente llegó a la conclusión que la licencia médica que le fue conferida al recurrente y a la Sra. Aja, como medida de cuidado y tratamiento para sus lesiones, no se encontraba amparada dentro de la cobertura incorporada dentro de la póliza contratada.

No obstante lo anterior, hace presente que su representada, en atención a la situación actual en la que se encuentra tanto el recurrente como la asegurada adicional, y por criterios de carácter meramente comerciales, ha estimado proceder de forma excepcional al pago del siniestro que afectó al Sr. Mello y a la Sra. Aja, por la suma única y total de UF 56 (cincuenta y seis unidades de fomento) para cada uno de dichos siniestros, que es el total de la cobertura indemnizable respectivamente.

Precisa que el pago del monto antes señalado se llevará a cabo por medio de depósito en la cuenta corriente que el recurrente posee en Banco Scotiabank, dentro de un plazo de diez días hábiles contados desde la fecha de emisión del presente informe

Informó el abogado Gian Carlo Lorenzini Rojas, ahora en representación de Scotia Corredores de Seguros Chile Ltda., quien lo hizo en similares términos al informe recién mencionado.

Se trajeron los autos en relación.

Con lo relacionado y considerando:

I.- En cuanto a la alegación de extemporaneidad del recurso:

1º) Que el recurrido Scotiabank Chile S.A. alegó la extemporaneidad de este recurso, porque las situaciones de las que trata acaecieron con anterioridad a los 30 días hacia atrás contados desde su presentación, pues el recurrente tomó conocimiento cierto de estos hechos por lo menos el 21 de abril de 2020, ya que sin perjuicio de habersele remitido una carta en que se le informaba del resultado de la liquidación el 4 de abril último, el día 21 del mismo mes y año, el actor se enteró del rechazo definitivo de la cobertura de la póliza, ya



que tal como el mismo lo reconoce, recibió un correo electrónico en que se le notificaba del rechazo, en tanto que este recurso fue presentado 1 de junio de 2020;

2°) Que cabe rechazar dicha alegación pues el plazo debe contarse desde el 08 de mayo último, fecha ésta que corresponde a aquella en que la recurrida le comunicó el rechazo a la cobertura por una causa distinta a la invocada primitivamente y, tal como recién se dijo, esta acción constitucional se dedujo el 01 de junio de 2020, es decir, dentro del plazo de 30 días que establece el Auto Acordado que rige la materia;

II.- En cuanto al fondo:

3°) Que el recurso de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye, jurídicamente, una acción de evidente carácter cautelar, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos claramente preexistentes y no discutidos, que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto arbitrario o ilegal que impida, moleste o amague ese ejercicio;

4°) Que el actor recurre de protección expresando, en síntesis, que en el "Informe de Liquidación de Siniestro", producto del accidente automovilístico que sufrió, en el cual resultó lesionado, se determinó el rechazo de la cobertura de renta diaria por hospitalización, señalando como glosa que la hospitalización que motiva el reclamo tuvo una duración inferior a los días cama que establece la póliza como período mínimo para tener derecho a cobertura, transcribiendo al efecto el artículo N°7 relativo a Cobertura y Capital asegurado;

5°) Que, por su parte, el abogado del recurrido Banco Scotiabank, señaló, en resumen, que el liquidador resolvió rechazar la cobertura del seguro de renta diaria por convalecencia, pues *“De acuerdo a los antecedentes presentados, que indican que el Sr. Leonardo Patricio Mello Melo, el día 02/03/2020, tuvo un accidente de tránsito, del cual fue trasladado al Hospital Las Higueras, antecedentes y relato de asegurado indican que No hubo ingreso de Hospitalización*



Mayor a 24 horas. Por lo anterior, dado que No tuvo hospitalización mayor a 24 horas, NO procede la indemnización solicitada.”;

6°) Que, en consecuencia, se discute respecto de la procedencia o no de la cobertura a que habría tenido derecho el actor en virtud de la póliza del contrato de seguro suscrito con la parte recurrida.

7°) Que como lo ha resuelto en forma reiterada la Excelentísima Corte Suprema de Justicia, el recurso de cautela de derechos constitucionales constituye un arbitrio destinado a dar protección respecto de derechos que se encuentren indubitados y no discutidos, lo cual no ocurre en el caso que nos ocupa. En efecto, los hechos que sirven de justificación al recurso se producen en el marco de discrepancias surgidas con motivo de la interpretación de cláusulas contractuales, cuestión que sobrepasa los márgenes del procedimiento del recurso de protección, el que no puede llegar a constituirse en una instancia de declaración de derechos;

8°) Que la conclusión a que se arribó en el motivo precedente, se ve reforzada al leer la parte petitoria del recurso, en la cual, entre otros pasajes, se pide que, acogiéndose este recurso, se ordene que el recurrido BNP PARIBAS CARDIF Seguros de Vida S.A deberá proceder al pago de la suma equivalentes a 112 UF, esto es 4 UF diarias por catorce días en beneficio de su representado como asegurado titular más el asegurado adicional individualizado en el denuncia, al haber infringido las normas de procedimiento que se han individualizado, resultando viciado y nulo el proceso de liquidación de siniestro, y haber ya excedido el tiempo legal para realizarlo válidamente. Asimismo, se disponga que el recurrido SCOTIA Corredores de Seguros Chile LTDA., deberá asistir a su representado hasta el entero pago de la cobertura reclamada;

9°) Que a mayor abundamiento, en el caso sub lite, no se ha establecido que el recurrente posea un derecho indubitado o indiscutido que lo habilite para reclamar por la presente vía, pues, como se ha dicho, requiere de una declaración de derechos, lo que no procede hacer en este procedimiento;



10°) Que sobre la base de lo razonado, se puede concluir que no se dan los presupuestos que permitan acoger la presente acción de protección, sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer el recurrente en la sede que corresponda;

11°) Que atendido lo reflexionado en los motivos precedentes, resulta innecesario entrar al análisis de las garantías constitucionales que se indican como vulneradas y, por lo mismo, a la ponderación detallada de los documentos acompañados por las partes.

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo que disponen el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema de Justicia sobre Tramitación del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, se declara:

I.- Que se rechaza, sin costas, la alegación de extemporaneidad de este recurso;

II.- Que se **rechaza**, sin costas, el recurso de protección interpuesto por la abogada Carolina Cabalín Canales en representación de Leonardo Patricio Mello Melo, en contra de SCOTIABANK Chile; BNP PARIBAS CARDIF Seguros de Vida S.A.; y SCOTIA Corredores de Seguros Chile Ltda.

Regístrese, notifíquese por el estado diario y archívese virtualmente, en su oportunidad.

Redacción del ministro Claudio Gutiérrez Garrido.

Rol N° 10.862-2020.- Protección.





LKGGGXFXV

Pronunciado por la Quinta Sala de la C.A. de Concepción integrada por los Ministros (as) Claudio Gutierrez G., Carlos Del Carmen Aldana F. y Abogado Integrante Hugo Tapia E. Concepcion, veinticuatro de agosto de dos mil veinte.

En Concepcion, a veinticuatro de agosto de dos mil veinte, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 05 de abril de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>