

Santiago, veinticinco de noviembre de dos mil veintidós.

A los folios 49, 50 y 51: estése al mérito de lo que se resolverá.

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

Primero: Que comparece Marlis Gisela Bohmer Nastle, ingeniera comercial, e interpone recurso de protección en contra de Alemana Seguros S.A., por el acto que considera arbitrario e ilegal consistente en el rechazo de la cobertura de los gastos médicos correspondientes a cuatro cirugías realizadas entre los días 20 de enero de 2021 y 6 de enero de 2022, derivadas de un diagnóstico de cáncer de mama surgido durante la vigencia del contrato de seguro que mantenía con la recurrida, lo que ésta comunicó finalmente mediante correo electrónico en que consta el rechazo de la apelación deducida contra la negativa original, vulnerando de este modo las garantías que la Constitución Política de la República le asegura en su artículo 19 numerales 1 y 24.

Funda su acción expresando que, con fecha 29 de mayo del 2019, suscribió un contrato de seguro para prestaciones médicas de alto costo con la recurrida, Alemana Seguros S.A., denominado “Seguro Alemana Total”, número de póliza 6895, vigente entre el día 1 de junio de 2019 y el 31 de mayo de 2022. Señala que dicho seguro cuenta con un monto máximo de gastos a reembolsar de hasta 15.000 unidades de fomento (“UF”) para eventos oncológicos, y que al momento de suscribirlo se encontraba saludable, sin enfermedades que la aquejaran, cumpliendo con sus controles rutinarios. Añade que, desgraciadamente, en diciembre de 2020, en uno de sus controles rutinarios, se le diagnosticó un nódulo y microcalcificaciones sospechosas en mama derecha en cuadrantes superiores, cuya biopsia mostró Cáncer Ductal Infiltrante moderadamente diferenciado Grado Nuclear 2. Como consecuencia de dicho diagnóstico, se debió someter a una primera intervención de mastectomía total derecha y reconstrucción con expansor, con fecha 20 de enero de 2021. Luego, el expansor que le fue implantado se infectó, lo que motivó una segunda intervención de aseo, drenaje y recambio de expansor, con fecha 27 de febrero de 2021.

Explica que, tras solicitar los respectivos reembolsos a la aseguradora, no tuvo novedades sino hasta el día 22 de junio de 2021, fecha en la que recibió un correo en el que se indicaba el rechazo del



siniestro y de la cobertura por una supuesta preexistencia no identificada en la declaración personal de salud, al momento de suscribir el contrato de seguro. En este contexto, refiere que el rechazo de la aseguradora se fundó en un cáncer in situ de cuadrantes inferiores tratado el año 2007, es decir hace más de 13 años. Dicho cáncer no fue considerado ni declarado al contratar, pues, en dicho momento, no contaba con un diagnóstico ni un tratamiento activo de cáncer, y al mismo tiempo, atendido el tiempo transcurrido, que todos sus controles hasta la fecha tenían buenos resultados y su falta de experticia en la oncología, le hicieron entender que éste no correspondía a un caso de preexistencia.

Argumenta que lo anterior es concordante con el examen de ecotomografía mamaria realizado con fecha 5 de febrero de 2019, cuya conclusión arrojó “BI-RADS US 2”, lo cual significa un resultado negativo del mamograma –no hay signos de cáncer–, pero se describe algún hallazgo benigno, solo con la intención de ayudar en la interpretación de futuros mamogramas. Hace presente que se atiende en la Clínica Alemana de Santiago hace más de quince años, razón por la que decidió contratar un seguro con la recurrida, habiendo tenido ésta pleno acceso a su historial médico al tiempo de contratar, pues dicha Clínica, y la Aseguradora, son empresas estrechamente relacionadas, por lo que sostiene que comparten bases de datos de pacientes y asegurados, por lo que la segunda ofrece seguros según las necesidades de los pacientes de la primera.

Agrega que, mientras se mantenía la discusión con la recurrida, debió someterse a dos procedimientos de reconstrucción con implante en las fechas 12 de agosto de 2021 y 6 de enero de 2022, los cuales claramente no fueron cubiertas por Alemana Seguros S.A., manteniendo esta su argumento de haber una preexistencia. En este contexto, y a fin de apelar la decisión, consultó a su médico tratante, que señaló que, atendido el tiempo transcurrido entre el cáncer del 2007 y el actual –13 años–, las distintas ubicaciones de aparición, las características histológicas y a la inmunohistoquímica, este cáncer corresponde a un segundo primario. Es decir, ambas enfermedades no guardan correlación alguna, de modo que el argumento de la recurrida es errado.



Prosigue sosteniendo que, habiendo puesto en conocimiento de la recurrida el respectivo informe médico, esta mantuvo su argumento de una supuesta preexistencia y la consecuente negativa de cubrir sus intervenciones, incurriendo en un acto ilegal y arbitrario. Pero al suscribir el contrato con la recurrida, no existía un diagnóstico o tratamiento de cáncer y por ende no me encontraba en situación de declarar una enfermedad preexistente.

Considera arbitrario que se efectúe una errónea interpretación de preexistencia, lo que es descartado por certificado e informe emitido por el médico tratante de la actora, señor Eugenio Román, lo que fue omitido por la recurrida, quien decidió rechazar la cobertura del siniestro de manera antojadiza, sin hacerse cargo del hecho de que este cáncer de mama fue diagnosticado con posterioridad a la suscripción del contrato de seguros, y que dicha enfermedad no guarda relación alguna con la padecida en el año 2007.

Con todo, refiere que la decisión de Alemana Seguros S.A. de rechazar la cobertura de los cuatro procedimientos sometidos entre el 20 de enero de 2021 y 6 de enero de 2022, se funda en que no habría declarado una condición o enfermedad preexistente, agregando adicionalmente que “al momento de recibir la propuesta de seguros firmada, no tuvo (la recurrida) toda la información para poder apreciar la extensión del riesgo que se pretendía (...)”. Anota que ello carece absolutamente de fundamentos, pues es obvio e irrefutable que, al momento de contratar con la recurrida el día 14 de mayo de 2019 desconocía que padeciera el cáncer en cuestión, pues este fue diagnosticado con posterioridad a la entrada en vigencia de la póliza, el día 22 de diciembre de 2021. Añade que, encontrándose su historial médico a disposición, si no fue revisado por la recurrida, ello se debe a negligencia de su parte.

Respecto de las garantías invocadas, arguye que, mediante la ley y la suscripción del contrato de salud con la aseguradora ha adquirido e incorporado a su patrimonio los derechos que emanan del mismo, entendiéndose entre ellos el obtener bonificaciones y las prestaciones correspondientes, pagando un precio determinado por ello. En este



sentido, una vez adquirido este derecho, no puede ser privada del mismo o de los atributos o facultades esenciales del dominio.

Finalmente, solicita acoger el recurso y restablecer el imperio del derecho, obligando a Alemana Seguros S.A. dar cobertura a su tratamiento oncológico de cáncer de mama, diagnosticado con fecha 22 de diciembre de 2020, en los términos que dispone la póliza de seguro N°6895, respecto del siniestro referido y todas las demás prestaciones de salud que puedan derivar de tal enfermedad, con expresa condena en costas.

Segundo: Que, informando, la recurrida alegó en primer término la improcedencia del recurso, toda vez que no es el medio idóneo para precaver los hechos descritos por la actora, señalando que, tanto la ley como la póliza de seguro que rige la relación contractual entre las partes, contemplan el arbitraje como mecanismo de solución de controversias. A lo anterior, añade que la recurrente carece de un derecho actual e indubitado, puesto que la obligación del asegurador es condicional.

Además, considera que el recurso de protección debe ser rechazado por no existir ninguna acción u omisión arbitraria o ilegal por parte de Alemana Seguros S.A. en los hechos descritos por la recurrente, toda vez que ha actuado respetando el contrato de seguro suscrito entre las partes, aplicando sus cláusulas con sujeción irrestricta a la normativa vigente y, además, suscribió y ha cumplido el contrato que regula la relación entre las partes con la más absoluta buena fe. De lo anterior, colige que no concurre la afectación de las garantías invocadas.

A su vez, alega que el recurso debe ser desestimado en razón de que la recurrente actuó contraviniendo la buena fe, tanto al momento de suscribir el contrato de seguro como al momento de intentar su ejecución, puesto que, a sabiendas de que había sido operada de cáncer de mamas con anterioridad, omitió esa relevante información al momento de suscribir la propuesta de seguro, infringiendo los artículos 525, 590 y 591 del Código de Comercio; cuestión que le habría permitido evaluar el riesgo a asegurar, de manera tal que con todos los antecedentes expuestos hubiese podido decidir si suscribir o no el contrato de seguro, tal como en su oportunidad se expuso expresamente a la Comisión para



el Mercado Financiero, respondiendo un Oficio tras un reclamo efectuado por la recurrente ante dicho organismo.

Advierte que no ha existido actuar arbitrario o ilegal alguno por su parte, toda vez que su decisión se funda en las facultades y atribuciones que la ley y el contrato de seguro contemplan y que eran conocidas por la recurrente al suscribirlo, entre ellas la facultad contemplada en el punto 2 del artículo Sexto de las Condiciones Generales, esto es, de excluir de cobertura las enfermedades oncológicas, cuando el Asegurado tenga o haya sido afectado por una Enfermedad Oncológica preexistente e incluso la de poner término al Contrato ante declaraciones falsas o inexactas.

En este contexto, dice que la actora omitió entregar información esencial relativa a su situación de salud al momento de proponer el riesgo a la compañía de seguros, toda vez que a la fecha de suscribir la propuesta conocía y sabía que había sido diagnosticada y tratada de un cáncer de mamas ya en el año 2007, cuestión que ocultó y que evidentemente, además de impedir a la aseguradora evaluar el riesgo, determinar las restricciones y exclusiones, transgrede disposiciones expresas tanto de la normativa vigente como del contrato de seguro y constituye una abierta vulneración al principio de buena fe que debe regir en la contratación de seguros.

Agrega que la Póliza que contiene las condiciones generales, particulares y anexos del contrato celebrado entre la recurrente y su parte, es la N° 6895 de fecha 29 de mayo de 2019, cuya vigencia comenzó el 01 de junio del mismo año. Entre los puntos más importantes del contenido de esta Póliza y que se vinculan a los hechos expuestos en la presente acción cautelar destaca lo señalado en el párrafo relativo a las *Condición de asegurabilidad para los asegurados titular y dependientes, las exclusiones y el artículo sexto de las Condiciones Generales se refiere a las exclusiones. También destaca el artículo décimo quinto de las Condiciones Generales, que se refiere a la terminación del contrato, y el artículo decimoctavo de las Condiciones Generales.*

De este modo, considerando que la actora omitió informar la enfermedad diagnosticada y tratada en el año 2007, como es el cáncer



de la mama derecha, es procedente la exclusión contenida en el numeral segundo del artículo sexto de las Condiciones Generales. En este contexto, refiere que la alegación relativa a que su parte habría omitido examinar la información de Clínica Alema, soslaya que la ley y la propia propuesta le exigen a la asegurada declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, de lo que colige que la asegurada ha incumplido el contrato que las vincula.

Así las cosas y al amparo de esta póliza, la recurrente en diferentes oportunidades ha requerido la cobertura para diferentes siniestros, coberturas que han sido rechazadas por la misma razón esbozada en la Liquidación recurrida en esta instancia y en las respuestas a las impugnaciones formuladas por la contraria, sin que la señora Bohmer hubiere recurrido de protección por dichas denegaciones. Con todo, con fecha 06 de enero de 2022 solicitó la cobertura para una pexia mamaria, que incluyó gastos de hospitalización, exámenes y honorarios profesionales. Tras haberse recibido el denuncia del siniestro N° 82242, su parte procedió a rechazarlo señalando -al igual como lo había hecho anteriormente- que no se otorgaba la cobertura toda vez que la recurrente había padecido un cáncer previo que no informó al realizar la propuesta de seguro y suscribir la declaración de salud, razón por la que le era aplicable la exclusión contenida en el numeral 2 del artículo 6 de las Condiciones Generales. Esto fue ratificado en la carta respuesta a la impugnación presentada con fecha 4 de febrero de 2022, por la que además de realizar un relato pormenorizado y cronológico de los hechos, entregó las razones por las que no se otorgaba cobertura.

En síntesis, efectuado el denuncia y luego de evaluar la información recabada en el marco del siniestro denunciado, Alemana Seguros pudo verificar que la asegurada había celebrado el contrato de seguro con prescindencia absoluta de buena fe, toda vez que ocultó y omitió información relevante para la determinación del riesgo del asegurado y la evaluación de las condiciones de contratación. Dicha omisión fue determinante a la hora de analizar el denuncia respectivo y proceder a rechazar la cobertura solicitada por la recurrente. Finalmente,



controvierte la vulneración de las garantías invocadas, y solicita rechazar el recurso, con costas.

Tercero: Que conforme a lo dispuesto en el artículo 20 de la Carta Fundamental, la denominada acción o recurso de protección requiere para su acogida la concurrencia copulativa de los siguientes presupuestos: a) Una conducta por acción u omisión ilegal o arbitraria; b) La afectación, expresada en privación, perturbación o amenaza, del legítimo ejercicio referido a determinados derechos esenciales garantizados en la misma Constitución y que se indican en el mencionado precepto; c) Relación de causalidad entre el comportamiento antijurídico y el agravio a la garantía constitucional; y d) Posibilidad del órgano jurisdiccional ante el cual se plantea de adoptar medidas de protección o cautela adecuadas, para resguardar el legítimo ejercicio del derecho afectado.

Cuarto: Que, para resolver adecuadamente la presente acción cautelar, conviene consignar los siguientes hechos que emanan de los antecedentes agregados al proceso:

1º) De acuerdo al certificado médico de 16 de diciembre de 2021, emitido por el doctor Eugenio Román Lucero, ginecólogo obstetra de Clínica Alemana de Santiago, en el año 2007 la recurrente fue diagnosticada y tratada por un cáncer de mama in situ en cuadrantes inferiores de la mama derecha de grado nuclear alto, en relación con el cual se sometió a mastectomía parcial y radio terapia.

2º) Con fecha 14 de mayo de 2019 la recurrente Marlis Bohmer Nastle suscribió la propuesta de seguro N° 23.267, en la que marcó el recuadro que indica NO, a la pregunta de si ella o alguien de su grupo de asegurados padece o ha padecido alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el Listado Genérico, está embarazada o actualmente se encuentra sometido a algún diagnóstico en estudio para alguna patología. En el punto 2 de dicho listado figura “cáncer”. En el mismo documento se agrega una “Autorización del asegurable”, que también suscribió la recurrente y en la que declaró, bajo juramento o promesa de la exactitud y sinceridad de las declaraciones expresadas, que nada ha ocultado, omitido o alterado y que se da por enterada que dichas declaraciones constituyen elementos



indispensables para la evaluación del riesgo por parte de Alemana Seguros S.A., por lo que acepta que, en caso de no declarar, en el formulario, sus enfermedades preexistentes o las situaciones de salud preexistentes, así como las de todo el grupo de asegurados, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro es o se relaciona con una de las enfermedades o situaciones de salud comprendidas en el listado genérico de la declaración de salud.

3º) Habiendo aceptado dicha propuesta, con fecha 29 de mayo de 2019, Alemana Seguros emitió la póliza de seguros N° 6895, documento que contiene las *“Condiciones particulares de la póliza individual de seguro para prestaciones médicas de alto costo Seguro Alemana Total”* -en el que se señala que las condiciones generales son las que se encuentran inscritas en el Depósito de Pólizas CMF bajo el código POL320170258-; el Plan Base -en cuyo punto “8.- Exclusiones”, se indican que son las establecidas en las Condiciones Generales depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL320170258-, el Plan Adicional y los siguientes anexos: a) Anexo número 1 sobre *“Información sobre Atención de clientes y presentación de consultas y reclamos”*, b) anexo número 2, relativo a *“Procedimiento de Liquidación de Siniestros”*, y el documento denominado *“Seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo. Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170258”*.

En el artículo quinto de este último documento se define enfermedad preexistente como *“cualquier Enfermedad, dolencia o situación de salud que afecte al Asegurado, estudiada o en etapa o proceso de estudio o conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza”*.

En su artículo sexto, relativo a las “exclusiones”, se establece: *“La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza sólo cubre los gastos derivados de un Evento Hospitalario de Alto Costo No Oncológico o un Evento Oncológico, en los términos descritos en el Artículo Segundo de estas Condiciones Generales.*

La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos del Asegurado, susceptibles de serle reembolsados o pagados al



Prestador, cuando ellos correspondan, provengan o se originen por, o sean consecuencia, o correspondan a complicaciones y/o secuelas de:

1. Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en el Artículo Quinto de esta Póliza. En las Condiciones Particulares de la Póliza se deberá dejar constancia de las Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el Asegurado, las que no serán cubiertas. Asimismo, no serán cubiertas las Enfermedades Preexistentes no declaradas por el Asegurado. Sin perjuicio de lo anterior, la Compañía podrá indicar en las Condiciones Particulares las condiciones en que les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza.

2. Enfermedades Oncológicas, cuando el Asegurado tenga o haya sido afectado por una Enfermedad Oncológica preexistente”.

4º) Según consta en el mismo certificado referido en el punto 1º) precedente, luego del año 2007 la recurrente permaneció libre de enfermedad y con controles hasta diciembre de 2020, año en el que se le diagnosticó un nódulo y microcalcificaciones sospechosas en mama derecha, pero en cuadrantes superiores, por lo que se le realizó una biopsia que demostró la presencia de un cáncer ductal infiltrante moderadamente diferenciado, grado nuclear 2, el que fue operado vía mastectomía total con vaciamiento axilar más hormonoterapia, más reconstrucción mamaria y simetrización colateral. El médico referido deja expresa constancia en su certificado de que, dado el tiempo de intervalo entre el primer cáncer en el año 2007 y la aparición de este otro cáncer el año 2020, la ubicación distinta de aparición, las características histológicas y la inmunohistoquímica, se trata -el último- de un segundo primario.

5º) Con fecha 6 de enero de 2022, la recurrente solicitó la cobertura para una pexia mamaria, que incluyó gastos de hospitalización, exámenes y honorarios profesionales.

6º) Tras recibir el denuncia del siniestro N° 82242, la recurrida emitió con fecha 26 de enero de 2022, una liquidación de siniestro que termina rechazando el denuncia, por cuanto “Se concluye que el evento



es causa de enfermedad conocida antes del inicio de vigencia de la Póliza la cual no fue declarada. Se rechaza siniestro por Reticencia o inexactitud en la Declaración Personal de Salud de la Propuesta de Seguro”.

7º) Con fecha 4 de febrero de 2022, el actor envió un correo electrónico impugnando el rechazo de 26 de enero.

8º) Mediante carta de fecha 14 de febrero de 2022, la recurrida confirmó el rechazo a la cobertura, por cuanto en el año 2007 fue diagnosticada y operada de cáncer de mama derecha, de acuerdo a su ficha clínica, Epicrisis N° 62846080 del 27 de febrero de 2021 y el certificado extendido por el médico señor Eugenio Román, circunstancia que, al haber sido omitida por la recurrente en la propuesta de seguro, significó la causal de exclusión prevista en el artículo sexto de las condiciones generales de la póliza, teniendo también en consideración lo dispuesto en el artículo decimoprimeros de las mismas.

Quinto: Que los antecedentes descritos en el motivo anterior, en especial el certificado médico del doctor Eugenio Román Lucero, permiten establecer que el cáncer diagnosticado a la recurrente el año 2020, estando ya vigente el seguro contratado con la recurrida -enfermedad cuyo rechazo de cobertura de tratamiento ha motivado la presente acción- es, en relación con el que padeció y fue tratado satisfactoriamente el año 2007, un segundo primario que, por ende, no se halla vinculado causalmente con él, dada la extensión temporal que transcurrió entre uno y otro (alrededor de trece años), el diverso lugar de aparición de ambos, las características histológicas y la inmunohistoquímica.

Sexto: Que, en estas condiciones, viene al caso recordar que el inciso segundo del numeral 6º del artículo 190 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2006 del Ministerio de Salud, señala: "*se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato*". Dicho concepto de enfermedad preexistente es coincidente, por lo demás, con el contenido en las condiciones generales de la póliza de autos, transcrito en el punto 3º del motivo cuarto precedente.



Es un requisito, entonces, que exista un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad que se padece; que ésta esté directamente relacionada con las prestaciones médicas por las que se pide la cobertura y, además, que el asegurado esté en cabal conocimiento del diagnóstico preciso, antes de la suscripción del contrato de seguro, requisitos que en la especie no han sido acreditados, toda vez que, como se ha señalado, de acuerdo al certificado médico del doctor Román Lucero, del que tuvo conocimiento la recurrente cuando menos al resolver la impugnación de su primer rechazo a la cobertura, el cáncer diagnosticado a la recurrente en el año 2020 no fue diagnosticado con anterioridad a la suscripción del seguro ni tiene vinculación con el que le fue diagnosticado en el año 2007, puesto que se trata -aquél- de un segundo cáncer primario.

Séptimo: Que, así entonces, al no haberse demostrado que la recurrida contara con antecedente alguno que le haya permitido vincular causalmente el cáncer diagnosticado el año 2020 con aquel diagnosticado y tratado satisfactoriamente el año 2007, la calificación que le dio como enfermedad preexistente o, lo mismo, existente con anterioridad a la contratación del seguro y no declarada por la recurrente en su declaración de salud, resulta arbitraria por no hallarse fundada en elementos objetivos que le sirvan de sustento, máxime si, por el contrario, tuvo a la vista el certificado médico del doctor Román Lucero en sentido contrario; arbitrariedad que, al constituir la base sobre la cual se apoya la pretendida aplicación de la causal de exclusión del artículo 6° de las mentadas Condiciones Generales y, a la postre, de la decisión de rechazo de cobertura recurrida, se transmite a éstas.

Octavo: Que, por otra parte, dicha arbitraria denegación de cobertura reprochada a la recurrida afectó el legítimo ejercicio del derecho constitucional garantizado a la recurrente en el artículo 19 N° 24 de la Carta Fundamental, al haber denegado el otorgamiento de la cobertura económica a que ésta tiene derecho.

Noveno: Que, en estas condiciones, habiéndose acreditado para los efectos de la presente acción cautelar, la existencia de un acto arbitrario que afectó el legítimo ejercicio de uno de los derechos constitucionales de la recurrente mencionados en el artículo 20 de la



Carta Fundamental, se cumplen en la especie los requisitos establecidos en esta norma para que el presente recurso pueda prosperar, sin que obste a dicha conclusión la existencia de la vía arbitral que alega la recurrida, prevista en general para conocer de las acciones declarativas que pudieren surgir de las diferencias entre las partes con motivo del seguro, a diferencia de la presente acción constitucional, de carácter eminentemente cautelar.

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo prevenido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de esta Corte sobre la materia, **se acoge** el recurso de protección deducido por Marlis Gisela Bohmer Nastle en contra de Alemana Seguros S.A., dejándose sin efecto la decisión impugnada y disponiéndose que la recurrida debe proceder a realizar una nueva liquidación del siniestro N° 82242 objeto de autos, considerando que el cáncer de mama que le fue diagnosticado el año 2020 a la recurrente no tiene carácter preexistente a la celebración del contrato de seguro.

Acordada con el **voto en contra** de la abogada integrante Paola Herrera Fuenzalida, quien fue de parecer de rechazar el recurso de protección, por estimar que éste no es la vía idónea para resolver la materia que plantea el recurso, relativa a la interpretación y cumplimiento del contrato de seguro celebrado entre las partes, al haberse previsto en el contrato expresamente la vía arbitral para dichos efectos.

Redacción del ministro interino Matías de la Noi Merino, y de la disidencia su autora.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° Protección-1288-2022.-





XYDGXCCGXZL

Pronunciado por la Octava Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministro Miguel Eduardo Vazquez P., Ministro Suplente Matias Felipe De La Noi M. y Abogada Integrante Paola Herrera F. Santiago, veinticinco de noviembre de dos mil veintidós.

En Santiago, a veinticinco de noviembre de dos mil veintidós, 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 11 de Septiembre de 2022, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>.