

C.A. de Santiago

Santiago, cinco de abril de dos mil veintitrés.

VISTOS:

PRIMERO: Que se interpone recurso de protección por Roberto Bottinelli Westenenk en contra de HDI SEGUROS S.A. por el acto ilegal y arbitrario de fecha 10 de febrero de 2022, mediante la cual le remitió correo electrónico señalándole que la compañía de seguros antes mencionada, rechaza definitivamente el siniestro singularizado con el N° 64000841, bajo el fundamento de preexistencias, lo cual -en opinión del recurrente- vulnera las garantías constitucionales establecidas en el artículo 19 N° 1 y 24 de la Constitución Política de la Republica.

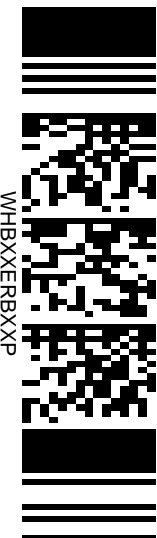
Solicita a esta Ilustrísima Corte de Apelaciones que se disponga que HDI Seguros S.A. otorgue cobertura al siniestro número N° 64000841 denunciado por el recurrente, y cese en el cobro de toda suma de dinero vinculada al mismo, devolviendo, además, en forma inmediata, todo documento mercantil que tuviera del recurrente, con expresa condena en costas.

Expone que se encuentra vinculado contractualmente con la sociedad HDI Seguros S.A. a través de póliza 10932 de fecha 21 de enero de 2021. En la declaración personal de salud que realizó en dicha oportunidad, señaló haber padecido de hipertensión controlada, y tratada mediante Tareg de 80 miligramos, y colesterol y triglicéridos controlados, y tratado mediante Colmibe 20/10.

Siete meses después, esto es, el 19 de julio de 2021, le fue diagnosticado por su médico tratante, de isquemia silenciosa y cardiopatía coronaria, cuyos factores de riesgos ninguna relación guarda con las enfermedades sufridas con anterioridad.

Enfatiza que no se trata de una “preexistencia”, pues para que así sea, la enfermedad que se diagnosticó en julio de 2021 debió haber sido diagnosticada debidamente con anterioridad a la firma de la póliza de seguro, o ser una consecuencia directa de sus antiguos padecimientos, lo que no ocurre en este caso, pues el nuevo diagnóstico se efectuó varios meses desde la referida contratación, y no existe tampoco una relación de causalidad entre las enfermedades señaladas.

A partir de este nuevo diagnóstico ha debido incurrir en gastos médicos cuyo reembolso se le ha negado por la compañía aseguradora, bajo



esta calificación unilateral. En lo medular, se le ha negado la cobertura médica (más de 7 millones de pesos), sin brindar mayores explicaciones ni fundamentos.

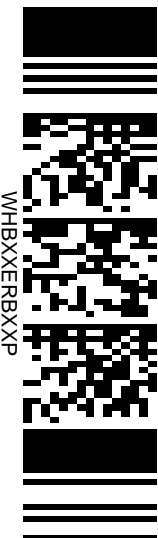
Agrega que esta negativa constituye un acto ilegal y arbitrario, que priva, perturba y amenaza el legítimo ejercicio de sus derechos constitucionales, en especial, los contemplados en el artículo 19 número 1, inciso primero: “El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”, y segundo, “El derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales e incorporales” a que se refiere el artículo 19 N°24 de la citada Carta Política.

SEGUNDO: Que, evacuando el informe de rigor, comparece Luis Javier Sandoval Olivares, abogado, en representación de la recurrida HDI Seguros S.A. solicitando el rechazo de este en todas sus partes.

Como primer argumento señala que no es efectivo que la recurrida se encuentre vinculada contractualmente con el recurrente, toda vez que HDI Seguros S.A no ha emitido ni suscrito la Póliza N° 10932 a la que el recurrente alude en su acción. Los documentos acompañados por el actor hacen referencia a una Compañía de Seguros distinta de su representada. En consecuencia, la acción constitucional interpuesta en autos se encuentra mal dirigida, pues no son ellos los legitimados pasivos, y que el actor confunde dos personas jurídicas distintas.

Como segundo argumento indica que la presente acción no es la vía idónea para abordar la situación señalada por el recurrente, toda vez que no se trataría de un derecho indubitado.

Fundamenta el mismo, primero, en que la acción de protección no es la vía idónea para discutir asuntos de naturaleza contractual, en especial, cuando estos se encuentran ampliamente regulados por el Código de Comercio. Al respecto, señala el artículo 543 de dicho cuerpo legal, que regula clara y expresamente cómo se solucionan los conflictos en materia de contrato de seguros, estableciendo cuál es la vía por la cual se deben resolver los problemas surgidos entre las partes del mismo. Además, expone que así lo ha señalado diversa jurisprudencia que, conociendo de recursos de protección donde la parte recurrente intenta discutir el cumplimiento o incumplimiento, interpretación o aplicación de alguna cláusula o norma contenida en el contrato de seguro, han indicado que la vía para ejercer



dicha acción es a través de un juicio ordinario o arbitral, conforme a la norma antes señalada.

Por lo tanto, señala que a su parecer es claro que la vía constitucional para resolver la problemática de autos sobre la cobertura del contrato de seguro, del cual resalta no forma parte su representada, no es procedente, por cuanto el asegurado, conforme a la ley y a la propia póliza, debe necesariamente acudir ante la justicia arbitral, o bien, ante los Tribunales Ordinarios, que en ese sentido, corresponden a los juzgados civiles de primera instancia, para conocer de este tipo de dificultades, mediante un juicio de lato conocimiento, en el que se aplicarán reglas especiales contenidas en el mismo precepto antes citado.

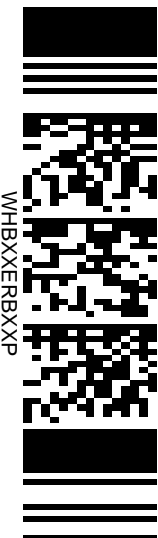
Concluye entonces el recurrido en su informe, que por las razones expuestas, en particular la improcedencia de esta vía para conocer asuntos contractuales, así como la falta de legitimidad pasiva de esta parte, que la presente acción de protección deberá ser rechazada íntegramente, en especial atención a que su representada de ninguna manera ha incurrido en acciones u omisiones que hubieren vulnerado las garantías constitucionales del actor.

TERCERO: Que, de conformidad a lo planteado, interesa dilucidar, en forma previa, si la recurrida es quien ha suscrito el contrato de seguro con el recurrente. Sobre este punto, cabe tener en consideración que el hecho que una empresa o sociedad cambien su razón social no obsta su continuidad jurídica, por el contrario, tal circunstancia no puede emplearse para excusar las responsabilidades asumidas con sus asegurados de manera previa, ni con ninguno de sus acreedores.

De la información adjuntada al presente recurso, consta que la respuesta brindada al asegurado para negar la cobertura solicitada por el siniestro en cuestión emanó de la recurrida, lo que no deja lugar a dudas respecto de este punto, toda vez que se trata del mismo sujeto contractual.

CUARTO: Seguidamente, procede analizar lo alegado el recurrente. Para ello, debemos revisar si existe ilegalidad o arbitrariedad del acto realizado por la compañía de seguros, y si ello afecta alguna de las garantías fundamentales resguardadas por la Carta Política.

Respecto de lo primero, cabe recordar que el artículo 524 del código de comercio dispone, entre las obligaciones y cargas del asegurado o contratante, que éste debe “Declarar sinceramente todas las circunstancias



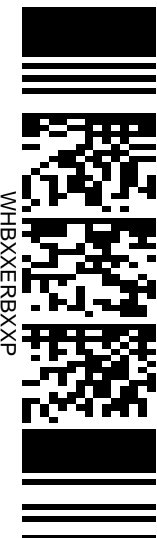
que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos”. El siguiente precepto indica *“Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo (...)”*

De lo anterior se extrae que, si bien el asegurado debe cumplir la carga de informar todas los hechos y circunstancias que sirvan para identificar la cosa asegurada, resulta claro advertir que esta declaración debe circunscribirse a lo “conocido” y lo solicitado por la compañía aseguradora, quien tiene una carga previa, en cuanto a solicitar la información que resulte pertinente e incluso a requerir mayores antecedentes si lo declarado le merece algún reparo.

El artículo 525 en cita, plantea que sólo en el caso que el asegurado incurra en errores, reticencias o inexactitudes, la aseguradora podrá plantear la rescisión, modificación o negativa de pago de la prestación, dependiendo de si el siniestro ha ocurrido o no. En el primer caso, esto es, una vez que ha acaecido, como ocurre en el presente recurso, se explica que *“(...) el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo con el inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo”*. De este modo, es posible excusar el pago de la indemnización o prestación convenida frente a circunstancias concretas.

Para comprender lo anterior, debemos considerar que el inciso segundo del mismo precepto agrega que *“Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud (...)”*.

En otras palabras, si el asegurador no exigió mayores antecedentes de salud del asegurado y éste último declaró lo que efectivamente se encontraba bajo su conocimiento, no puede luego la compañía aseguradora excusarse de cumplir su principal obligación, esto es, el pago de la prestación pactada.



En el seguro de salud deben considerarse especialmente las declaraciones de preexistencias efectuadas por el asegurado y el derecho a solicitar exámenes médicos. En este punto, el asegurador debería preguntar no sólo las enfermedades, sino también las circunstancias de salud de un asegurable para que él o quien contrate a su nombre deba referirse en detalle y con máxima buena fe a las preguntas realizadas, dentro de las cuales también se encuentran los factores de riesgos, operaciones realizadas, eventualidad de consultas a ciertos especialistas, la práctica de deportes riesgosos, hábitos, entre otras circunstancias. Junto con ello, puede requerir exámenes de salud que deben respetar los derechos de confidencialidad (Ley 19.628 y 19.799), así como el derecho a información del examinado o paciente.

En este orden de ideas, el artículo 591 del mencionado cuerpo legal, prescribe que *“Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor”*.

De ello se infiere que sólo el diagnóstico cierto de una enfermedad constituye un requisito esencial para calificar la “preexistencia”, no pudiendo simplemente presumirse por la compañía aseguradora.

QUINTO: Respecto de la alegación de la recurrida, en orden a la posible incompetencia de esta Ilustrísima Corte de conocer del presente recurso, debemos hacer presente que, si bien el art. 530 del Código de Comercio prescribe que los conflictos que nacen de un contrato de seguro serán conocidos y resueltos por un tribunal arbitral, lo cierto es que -tal como se ha señalado reiteradamente por la jurisprudencia- el asegurado, en su calidad de consumidor puede remitirse a la aplicación del estatuto respectivo o intentar la vía constitucional si ha sido afectado un derecho fundamental.

SEXTO: Que en tales condiciones entiende esta Corte que, de acuerdo al normal funcionamiento de las cosas, incumbe a quien alega la exclusión por preexistencia comprobar su configuración, de acuerdo a los términos pactados, esto es informe médico con sus respectivos exámenes.

Lo que se exige es estar en presencia de una enfermedad dictaminada con anterioridad, lo que importa un requisito de naturaleza técnica o profesional, desde que no cualquier diagnóstico o síntoma puede ser tomado



en consideración, sino aquéllos diagnosticados por un médico, lo que en la especie no se ha verificado

SÉPTIMO: Que, por todo lo anteriormente dicho, la acción atacada por el recurso deviene, a lo menos, en arbitraria, pues al negarse a pagar al recurrente el seguro contratado, invocando como preexistente una enfermedad que no tiene ese carácter al no haber sido diagnosticada antes de la incorporación del actor al seguro colectivo, carece de razonabilidad y afecta la garantía constitucional del N° 1 del Art. 19 de la Carta Fundamental, al negarse a efectuar los reembolsos de los gastos respectivos de la enfermedad sobreviniente. Por otra parte, es posible advertir que la respuesta otorgada por la compañía de seguro al asegurado, recurrente en esta causa, no se enmarca en la legalidad requerida en esta materia, y ello afecta el derecho fundamental consagrado en el Art. 19 N°24 de la Constitución Política.

La compañía aseguradora no puede negarse a pagar una prestación a pretexto de tratarse de una “preexistencia” si ello no se ha acreditado y, de acuerdo con los antecedentes tenidos a la vista, el asegurado no contaba con un diagnóstico médico previo. De este modo, la respuesta enviada al recurrente por la que se indica que no se cubrirá el siniestro en cuestión, configura un acto ilegal y arbitrario, al tenor de lo dispuesto en las normas ya indicadas y lo señalado en los artículos 1545 y 1546 del código civil.

OCTAVO: Que, en casos análogos, la Excma. Corte Suprema así también lo ha señalado en los casos Rol 4192-17, de fecha 15 de enero de 2018, Rol 2191-17, de 26 de abril de 2017, Rol 10407-17, de 31 de mayo de 2017, entre varios otros.

Que, en vista de lo anterior, y las normas legales citadas, **SE RESUELVE:**

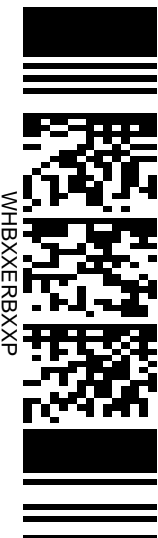
1. Que **se acoge** el recurso de protección presentado por Roberto Bottinelli Westenenk en contra de HDI SEGUROS S.A., de manera que ordena a la recurrida que otorgue cobertura al siniestro número N° 64000841 denunciado por el recurrente.

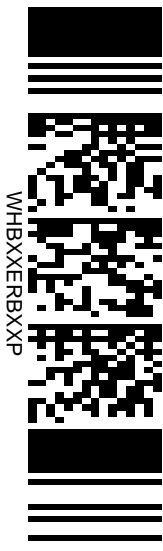
2. Que se condena en costas a la compañía aseguradora.

Redactada por la Sra. Abogada integrante, M. Fernanda Vásquez Palma

Regístrese, comuníquese y en su oportunidad, archívese.

N°Protección-1845-2022.





WHBXXERBXXP

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministro Fernando Ignacio Carreño O., Ministra Suplente Erika Andrea Villegas P. y Abogada Integrante Maria Fernanda Vasquez P. Santiago, cinco de abril de dos mil veintitrés.

En Santiago, a cinco de abril de dos mil veintitrés, 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 02 de abril de 2023, 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>