

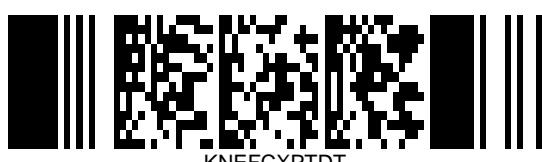
Santiago, siete de septiembre de dos mil diecisiete.

Vistos y teniendo presente:

Primero: Que, comparece PABLO SALLS UBILLA, abogado y ALEJANDRA CABRERA PACHECO, abogado, en representación de *Andrea Elena Cabrera Arcos y Alejandra Alvarez Fica* quienes deducen recurso de protección en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., por si o por medio de sus intermediarios, institución aseguradora, representada para estos efectos por Herbert Gad Phillip Rodríguez, desde que se ha puesto término de manera unilateral y de forma arbitraria e ilegal al seguro de salud contratado con la recurrida.

Refieren que mediante llamadas telefónicas y correos electrónicos, en menor medida y de manera unilateral, infundadamente, se les ha informado, y por ende tomado conocimiento de manera progresiva con el devenir de los días, de la cancelación, unilateral y sin mayor antecedentes, de carácter fundado y formal, bien explicado, que deje tan bien explicado y fuera de “toda duda Razonable” del por qué no puede seguir contando con las actuales pólizas de seguro de salud complementario contratadas con bastantes años de antigüedad (casi de manera conjunta con el PLAN DE SALUD ISAPRE), y que se ha procurado mantener vigentes sagradamente, en todo momento, con la Compañía de Seguros de capitales Españoles y en expansión en Chile con grandes cifras en utilidades, denominada Zurich Santander Seguros de vida Chile S.A.

Al tomar conocimiento de lo sucedido, se realizaron comunicaciones con Zurich, buscando una respuesta a la no renovación del seguro de salud, al momento de contestar, sale la grabación que “por su seguridad, y para una mejor atención esta conversación podrá ser grabada” por ende, uno supone



que quedó grabado "reconociendo que el seguro dejó de comercializarse y que a todos los clientes se les eliminaría el seguro".

Añaden que en ese momento la recurrente Alejandra Alvarez Fica le pregunta, por qué entonces le renovaron año a año este seguro, si el producto dejó de comercializarse en el año 2013?... ¿por qué entonces no lo hicieron ese mismo año?.... sin duda, las consecuencias por el mismo transcurso del tiempo hubiesen resultado menos perjudiciales, en razón de poder haber precavido una contratación en forma oportuna con otra compañía, sin tener hoy la imposibilidad o el apremio, en este caso específico por tener dentro de su póliza a sus padres, hoy adultos mayores con varios siniestros además de preexistencias y tratamientos permanentes en el tiempo.

Como las respuestas no llegan, la información no es del todo clara, y comienza la angustia de no saber qué es lo que se vendrá, y teniendo siniestros corriendo, se hace consulta a la Superintendencia, pero la respuesta de ellos es "por favor diríjase a nuestras oficinas de lunes a viernes en horario de oficina", se concurre, y a uno le hacen hablar con quien se supone es entendido en el tema y al final llega la respuesta lapidaria: ... "escapa a sus atribuciones la controversia suscitada de la interpretación de seguro en relación a la comercialización y publicidad de dicho seguro..."

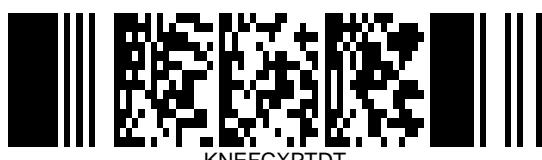
La no renovación unilateral de no proseguir con el seguro de salud, viéndose seriamente forzada "la voluntad" en orden a dejar de ser un asegurado o, en cambio, proseguir siéndolo de manera "cautivo"; trátese de hechos específicos, o que van a producir efectos permanentes en el tiempo, bajo amenaza de que sus pólizas a partir de tal fecha, que serán especificadas por nuevos números, tendrán fecha de término, retroayéndose incluso a la fecha donde se entiende que el seguro no tenía vigencia ad initio, por tema de carencias, pasando a ser ahora de otra naturaleza jurídica, "catastrófico" y colectivo ya no individual. No siendo aplicable indemnizaciones ni reembolsos que pudiesen corresponder por el concepto de cobertura de algún siniestro que con anterioridad se enmarcaba dentro del seguro llamado "SUPER ALIVIO SEGURO" contratado por la recurrente.



En efecto, doña ANDREA ELENA CABRERO ARCOS, póliza número 1516678- Súper Seguro Alivio Seguro Familiar firmada con fecha 02/06/2011, señala que durante el mes de abril de 2017, tomó conocimiento que efectivamente habría sido notificada vía celular y dado que otras compañeras de trabajo le advirtieron del tema, revisando se enteró de una carta certificada, emitida en el mes de Febrero de 2017, donde tal como se menciona, sin mayores antecedentes ni razones se le avisa que se quiere dar por terminado contrato de seguros de manera unilateral y arbitraria indicando que le ofrecen otro seguro supuestamente con las mismas características pero según le han explicado, con un deducible extremadamente alto y dejándose de lado las pre existencias, no considerando que cuando tomó el seguro indicaba DURACIÓN: Póliza anual de renovación automática hasta el día en que el menor de los asegurados cumpla 99 años de edad.

Claramente se están vulnerando derechos y garantías constitucionales que este tribunal irá determinando y estableciendo, en la medida de ir conociendo más de estos casos, por de pronto, hay publicidad y venta engañosas, después de tener tantos años este seguro toman una decisión que lleva en una condición de inseguridad al asegurado y grupo familiar, tanto esfuerzo por mantenerlo en el tiempo y sabiendo que hoy el tema de la salud es complicado, ya que a uno le excluyen cosas por “x” circunstancia, que era pre existencia, que no estaba declarado, que es cosmético pero no estético, que Fonasa le dio código, que no tenía código, que reclamar a la superintendencia para que obligue a incorporar el código, en fin, un sinnúmero de situaciones en que uno queda entregada a merced de su propia suerte, es por ello que con gran esfuerzo decidió hace ya más de 6 años por esta opción pero ahora se siente que les dejan desprotegidos completamente.

A contar del 01/06/2017 ya no tendría vigencia el seguro contratado, no pudiendo pagarla por consignación u otro medio que los obligue a mantenerlo vigente, debido a que se hacen los descuentos mensuales vía banco Santander. Indica la misma carta de notificación que tan solo las enfermedades “DIAGNOSTICADAS” seguirá protegiendo, siempre y cuando acepte la nueva póliza, la verdad es que se trata de una imposición,



prácticamente contrato de adhesión, y que de lo contrario pierde todo el tiempo que llevaba en el seguro, y si tenía pre existencias al final sabemos lo que ocurre, es que quedarán sin cobertura. Por otra parte es de importancia destacar que la manera de pago de la prima mensual era efectuada vía mandato general, con cargo a saldos disponibles, ya sea en convenio PAC VISA, cuenta corriente, línea u otros dineros del cuenta correntista. Consultando a si existe alguna otra modalidad de pago la respuesta es NO.

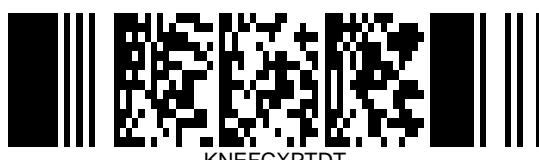
Es del caso reiterar que le ofrecen con fecha 01/06/2017 la compañía aseguradora otro seguro pero catastrófico de salud, comunicándolo así al fono (+56) 225884016. Por tanto, si usted no llama, quedó sin seguro. Es relevante señalar que cada una de las recurrentes en el presente recurso tienen como factor común haber hecho uso del seguro tal como es de esperar para quienes contratan este tipo de intangibles.

Finalmente, señala que dentro de los beneficiarios de su POLIZA, se encuentran sus dos PADRES, hoy adultos mayores, uno de ellos cercano a los 70 años, imposibilitado de conseguir entrar en algún nuevo seguro, sumado al hecho de una pre existencia, a saber "hemorragia digestiva" de la cual hasta el día de hoy sigue en tratamiento.

En el caso de esta recurrente, indica, toma una singular particularidad que este producto se publicitó masivamente como un "único seguro de salud, con protección hasta los 99 años" la respuesta de los recurrentes por ese "call center" fue de que: "el termino por el plazo y vigencia de un año y de no renovar, no implica que el plazo de cobertura es hasta los 99 años, que eso es en realidad un límite máximo de permanencia de los asegurados."

Resulta arbitrario, entonces, puesto que no quedó claramente explicado así en el contrato, ni mucho menos en la publicidad. Es por eso, que cada cliente que contrato este seguro, pudo haber tenido en consideración precisamente como fundamento o razón, las complejidades propias de la vejez.

Por ende, si la recurrida no le va a renovar a ningún asegurado, se entiende que ningún cliente llegó a la edad máxima de 99 años. Todo esto SS., deja



más que de manifiesto que cada una de nuestras representadas, se encuentran en un claro estado de indefensión producto de que este acto arbitrario, vulnera las garantías Constitucionales del artículo 19, principalmente en sus numerales 1, 2, 9, 24 y 26; esto es “Derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”; “de la Salud”; “Igualdad ante la ley”; “El Derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales o incorporales”; y en complemento con la denominada garantía de las garantías, establecida en el numeral 26 el cual consagra “La seguridad de que los preceptos legales que por mandato de la Constitución regulen o complementen las garantías a que ésta establece o que las limiten en los casos en que ella lo autoriza, no podrán afectar sus derechos en su esencia, ni imponer condiciones, tributos o requisitos que limiten su libre ejercicio”. Sin perjuicio de diversas circulares de la Superintendencia de Seguros, que impiden la comercialización de Pólizas que induzcan a error a sus asegurados.

En definitiva, la decisión de la recurrente constituye un acto arbitrario, que vulnera las garantías constitucionales antes citadas, toda vez que existe un contrato de seguro de salud vinculante entre cada una de las recurrentes y la parte recurrente, y que sin justificación ni razón alguna, manteniendo con vigencia el contrato para algunas y para otras modificándolo sustancialmente en su naturaleza, pretende dejar sin efecto o modificar previamente lo contratado. Habiendo esta parte dado cumplimiento a todo parámetro establecido previamente, generando en las recurrentes todas las expectativas que un seguro de esta naturaleza genera en virtud de lo ofrecido por la entidad aseguradora, dando a lo menos a cada cliente una seguridad interna, en cuanto se encuentra resguardado en caso de un imprevisto.

Finalmente pide: 1º mantener las Pólizas originarias en las mismas calidades y condiciones y respetando su antigüedad, valor, cargas y preexistencias, siendo indicativo para ello los números previamente mencionados, tanto respecto del titular como de sus beneficiarios adicionales, sea de manera permanente o por el tiempo que lo determine o en derecho corresponda, solicitar los informes que considere necesarios, sea a la propia



recurrida o a otros terceros relacionados con este recurso; 2º o bien, que debiendo aceptarse el nuevo seguro, se respete antigüedad, cargas, pre existencias, deducibles previamente existentes, para lo cual el informe que se solicite a la recurrida deberá hacer especial mención a estos ítems, permitiendo fácilmente, el poder comparar para poder decidir; 3º se autorice de manera excepcionalísima que puedan dar testimonial las recurrentes o al menos una de ellas; y 4º de considerarlo a bien, condenar en costas a la recurrida.

Segundo: Que informando don Roberto Navarrete Drogue, abogado, por la recurrida Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., pide el rechazo de la acción impetrada a su respecto por las consideraciones que indica.

Lo que se pretende en virtud de la presente acción cautelar es que se ordene a la recurrida mantener las pólizas de seguros contratadas por los recurrentes en las mismas condiciones originalmente pactadas, o bien, que de aceptarse un nuevo seguro se respeten esas mismas condiciones.

Sobre el particular cabe destacar que los comparecientes no acompañaron documento alguno a efectos de acreditar tanto el derecho amagado del que serían titulares las recurrentes, como el supuesto acto arbitrario e ilegal que se le imputa a la recurrida.

Con todo, a pesar que los recurrentes no acompañan documento alguno a efectos de justificar sus pretensiones, de igual modo analizara la situación particular de cada una de las actoras.

Doña Andrea Elena Cabrera Arcos con fecha 2 de junio de 2011 suscribió la propuesta para la contratación del seguro de que da cuenta la Póliza denominada Súper Seguro Alivio Seguro Familiar, ofrecida por Santander Seguros de Vida S.A. (hoy Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.) e intermediada por Santander Corredora de Seguros Limitada, concluyendo las referidas tratativas con la suscripción del contrato de seguro que da cuenta la póliza N° 1516678. El asegurado titular era la propia Andrea Elena Cabrera Arcos y asegurada adicional era doña Fernanda Muñoz Cabrera.



Las Condiciones Generales que rigen para este caso corresponden a la Póliza Individual de Prestaciones Médicas inscrita en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 09 140 (así aparece en el instrumento que contiene las Condiciones Particulares, Póliza N° 1516678).

Durante la vigencia del referido contrato la Compañía Aseguradora cumplió cabalmente con las obligaciones impuestas por el contrato, cubriendo diversos gastos de salud de la recurrente.

De conformidad con los términos de las Condiciones Generales del Seguro POL 3 09 140, que rigen la póliza de la recurrente, y específicamente con su artículo 11, el contrato de seguro celebrado por la recurrente tenía una duración de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial, renovándose automáticamente al final del periodo por periodos iguales y sucesivos, a menos que alguna de las partes manifestare su opinión en contrario a través de carta certificada, con una anticipación de a lo menos 30 días corridos a la fecha de vencimiento de la póliza.

Sobre el particular, señala que en la Póliza N°1516678, que contiene las condiciones particulares y que se acompaña a esta presentación, se consigna que esta póliza rige desde el 2 de junio de 2011 hasta el 1º de junio de 2012, renovable por periodos anuales, lo que confirma que la duración del contrato era de un año, renovable por periodos anuales, a menos que algunas de las partes manifestase su decisión, en la forma antes señalada, de que el seguro no se renovase por un nuevo periodo. En la misma Póliza que contiene las Condiciones Particulares se consigna como información importante que esta póliza no contempla renovación garantizada.

Precisamente en ejercicio de este derecho contractual, del cual también es titular la recurrente en tanto parte del contrato, Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. decidió no renovar la póliza a partir del 1º de junio de 2017. Para tal efecto, y de conformidad con lo prevenido en la referida cláusula, la compañía aseguradora procedió a remitir una carta certificada a dona Andrea Elena Cabrera Arcos, fechada el 1º de



febrero de 2017 y entregada el día 16 de febrero de 2017, dándole noticia de su voluntad de no renovar la referida póliza, circunstancia que se acredita con los documentos que se acompañan.

En la comunicación en que se le informó a la recurrente la decisión de la aseguradora de no renovar la vigencia de la póliza, se le dio cuenta de que ello no afectaba los siniestros en curso, amén de ofrecérsele un nuevo seguro de salud. Es decir, indica, el término de la vigencia del contrato de seguro se produce no por una decisión unilateral e inmotivada de la compañía aseguradora sino por el término del plazo convenido, que era de un año; ello ante el legítimo ejercicio de una facultad contractual que le asiste a cualquiera de las partes en orden a que la póliza no se renueve automáticamente por un nuevo periodo.

Por lo demás, agrega, la decisión de la compañía aseguradora de no renovar la póliza no implica que la asegurada quede en total desamparo, pues se sigue otorgando cobertura a los siniestros ocurridos hasta la fecha de término de la póliza, esto es, el 1º de junio de 2017, hasta por un plazo de tres años desde la fecha de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, exactamente en las mismas condiciones y sin ningún costo adicional.

Por otra parte, doña Marcela Ximena Álvarez Pica con fecha 25 de julio de 2011 suscribió la propuesta para la contratación del seguro de que da cuenta la Póliza denominada Súper Seguro Alivio Seguro Familiar, ofrecida por Santander Seguros de Vida S.A. (hoy Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.) e intermediada por Santander Corredora de Seguros Limitada, concluyendo las referidas tratativas con la suscripción del contrato de seguro que da cuenta la póliza N° 1546796. El asegurado titular era don José Enrique Alvarez Bastias en tanto que asegurado adicional era doña Nancy del Carmen Fica Oñate. Posteriormente con fecha 31 de enero de 2013 se modifica esta póliza, en el sentido que la contratante pasa a ser doña Alejandra del Carmen Alvarez Fica.

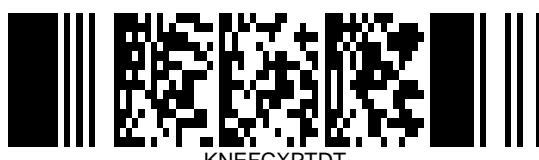


Las Condiciones Generales que rigen para este caso corresponden a la Póliza Individual de Prestaciones Médicas inscrita en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 09 140 (así aparece en el instrumento) que contiene las Condiciones Particulares, Póliza N° 1546796).

Durante la vigencia del referido contrato la Compañía Aseguradora cumplió cabalmente con las obligaciones impuestas por el contrato, cubriendo diversos gastos de salud de la recurrente. De conformidad con los términos de las Condiciones Generales del Seguro POL 3 09 140, que rigen la póliza de la recurrente, y específicamente con su artículo 11, el contrato de seguro celebrado por la recurrente tenía una duración de un año, contado desde la fecha de vigencia inicial, renovándose automáticamente al final del periodo por periodos iguales y sucesivos, a menos que alguna de las partes manifestare su opinión en contrario a través de carta certificada, con una anticipación de a lo menos 30 días corridos a la fecha de vencimiento de la póliza.

Sobre el particular cabe añadir que en la Póliza N° 1546796, que contiene las condiciones particulares y que se acompaña, se señala que esta póliza rige desde el 25 de julio de 2011 hasta el 24 de julio de 2012, renovable por periodos anuales, lo que confirma que la duración del contrato era de un año, renovable por periodos anuales, a menos que algunas de las partes manifestase su decisión, en la forma antes señalada, de que el seguro no se renovase por un nuevo periodo. En la misma Póliza que contiene las Condiciones Particulares se consigna como información importante que esta póliza no contempla renovación garantizada.

Precisamente en ejercicio de este derecho contractual, del cual también es titular la recurrente en tanto parte del contrato, Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. decidió no renovar la póliza a partir del 24 de julio de 2017. Para tal efecto, y de conformidad con lo prevenido en la referida cláusula, la compañía aseguradora procedió a remitir una carta certificada a doña Alejandra Alvarez Fica, fechada el 1° de marzo de 2017 y entregada el día 1° de abril de 2017, dándole noticia de su voluntad de



no renovar la referida póliza, circunstancia que se acredita con los documentos que se acompañan.

En la comunicación en que se le informó a la recurrente la decisión de la aseguradora de no renovar la vigencia de la póliza, se le dio cuenta de que ello no afectaba los siniestros en curso, amén de ofrecérsele un nuevo seguro de salud. Es decir, el término de la vigencia del contrato de seguro se produce no por una decisión unilateral e inmotivada de la compañía aseguradora sino por el término del plazo convenido, que era de un año; ello ante el legítimo ejercicio de una facultad contractual que le asiste a cualquiera de las partes en orden a que la póliza no se renueve automáticamente por un nuevo periodo.

Por lo demás, la decisión de la compañía aseguradora de no renovar la póliza no implica que la asegurada quede en total desamparo, pues se sigue otorgando cobertura a los siniestros ocurridos hasta la fecha de término de la póliza, esto es, el 24 de julio de 2017, hasta por un plazo de tres años desde la fecha de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, exactamente en las mismas condiciones y sin ningún costo adicional.

Es del caso que el presente recurso fue interpuesto con fecha 2 de mayo de 2017, es decir, cuando ya habían transcurrido más de 30 días corridos contados desde que las recurrentes tuvieron conocimiento del acto que se tacha de arbitrario e ilegal, esto es, la decisión de la compañía de seguros de no renovar los respectivos contratos.

En efecto, en el caso de doña Andrea Elena Cabrera Arcos, la carta certificada comunicándole esta decisión le fue entregada con fecha 16 de febrero de 2017. En lo que concierne a dona Alejandra del Carmen Alvarez Fica, la carta certificada comunicándole esta decisión le fue entregada con fecha 1º de abril de 2017.

Es decir, en ambos casos transcurrieron más de 30 días corridos desde el instante de la entrega de las respectivas cartas certificadas y hasta la fecha en que se dedujo el presente recurso; plazo que tiene el carácter de fatal,



según lo dispuesto en el Auto Acordado sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales.

Por lo anterior, corresponde que el presente recurso de protección sea desestimado por extemporáneo.

En segundo lugar, si se estimase que el recurso fue deducido oportunamente, de igual modo deberá ser rechazado, pues en el presente caso estamos en presencia de una controversia sobre la interpretación de disposiciones contractuales y la validez y/o pervivencia de unas sobre otras, pero en caso alguno ello es materia de una acción de urgencia como la de protección de garantías constitucionales. Por la concepción de la misma que se advierte en la Carta Fundamental de la República, que lo consagra y reglamenta, este arbitrio de protección no constituye una instancia de declaración de derechos sino de protección de aquellos que, siendo preexistentes e indubitados, se encuentren afectados por alguna acción u omisión ilegal o arbitraria, acción u omisión que, como se explicara más adelante, corresponde en la especie al ejercicio de una facultad o derecho que el marco contractual nacido entre la recurrente y esta parte recurrida determina de modo claro, ostensible y expreso, como una contienda referida a la interpretación de las cláusulas de un contrato de seguro, no apreciándose vulneración a las garantías constitucionales de la actora que justifiquen la acción cautelar de urgencia como la interpuesta, pudiendo la recurrente recurrir al tribunal arbitral previsto en la póliza o utilizar los recursos administrativos que estime procedentes ante la Superintendencia de Valores y Seguros, lo que no ha hecho.

Al estar en presencia de una contienda de carácter contractual, que debe ser ventilada en un procedimiento distinto al breve e informal por el que se ciñe el recurso de protección, queda confirmado por el propio texto del presente recurso, donde se invocan los artículos 1545 y 1546 del Código Civil, y se habla de la existencia de un contrato de adhesión, trayendo a cuenta las normas de la Ley 19.496, de Protección al Consumidor. Por tales razones la acción de protección deducida en autos resulta inadmisible.



Finalmente, aunque se considerase que el recurso ha sido interpuesto en tiempo y sobre una materia susceptible de ser ventilada por este arbitrio constitucional, tampoco el recurso puede prosperar, desde el momento que la recurrida no ha incurrido en acto ilegal o arbitrario alguno.

En efecto, el recurso se sustenta en una aseveración inexacta y jurídicamente falaz, como lo es el que la compañía aseguradora puso término en forma unilateral y arbitraria a los contratos, sin expresar justificación alguna.

No obstante, la realidad de lo ocurrido es bien diversa y se corresponde a una calificación jurídica sustancialmente distinta. Como ya se dijo, en las respectivas condiciones generales se establece que no obstante el plazo de un año de vigencia de la póliza, dicho término se renovara automáticamente en caso que ninguna de las partes manifieste su opinión contraria por carta certificada y con a lo menos 30 días corridos en el caso de la Póliza POL 3 09 140, a la fecha de expiración del plazo vigente. El análisis jurídico de dichas cláusulas, plenamente validas por lo demás, es bastante simple y contradice la existencia de una terminación unilateral e ilegal del contrato como interesadamente aduce la recurrente.

Es sabido que el silencio, esto es, el no manifestar voluntad, por regla general no tiene valor como declaración de voluntad. Excepcionalmente puede atribuirse al silencio dicho valor en tres casos, a saber: cuando la ley lo establece (por ejemplo, artículo 1233 del Código Civil); en el caso del silencio circunstanciado, o bien cuando las partes así lo acuerdan. Esto último es lo ocurrido en la especie, en que válidamente las partes del contrato han atribuido a su silencio el valor de declaración de voluntad de perseverar en el contrato y extender su vigencia por un año más, si nada dicen a ese respecto y antes de un mes de expirar el plazo.

Es decir, de acuerdo al artículo 11 de la Póliza POL 3 09 140, que contienen las Condiciones Generales aplicables en este caso, se está en presencia de una estipulación de prorroga tacita del contrato de seguro si ninguna de las partes manifiesta su voluntad contraria en la forma prescrita



en el contrato, atribuyéndose al silencio de estas su voluntad de prorrogar la vigencia del mismo por un año más.

Dicha estipulación valida es de beneficio de ambas partes del seguro, pues el asegurado obtiene el derecho de poder hacer cesar la vigencia del contrato sin quedar obligado por largo tiempo, y queda cubierto en caso de nada decir. Por su parte, el asegurador si lo desea puede negar la prórroga de la vigencia del contrato. Esto último, en un seguro de salud como los que motivan el presente recurso, es una cláusula de estilo, pues al ser el seguro un contrato de riesgo, y dado que los costos de salud aumentan con el envejecimiento del asegurado, el plazo de vigencia de dichos contratos en general no excede de un año.

Precisamente en este caso la aseguradora ejerció válidamente los derechos emanados del contrato y manifestó su voluntad contraria a una nueva prórroga de la vigencia anual del seguro. Lo básico en esta cuestión es entender que los seguros que mantenían contratados los recurrentes se renovaban automáticamente si ninguna de las partes manifiesta su voluntad contraria; en caso de ejercerse el derecho, que se reconoce a ambas partes, el contrato termina, no por su voluntad, sino por la expiración del plazo de su vigencia de un año.

Por lo mismo, no es efectivo que el plazo de vigencia de estos contratos de seguro se extienda hasta que el asegurado cumpla 99 años. La edad de 99 años no es el evento que determina la vigencia del contrato, sino que dice relación con la edad máxima de permanencia del asegurado, que en unión de otras circunstancias que contemplan las respectivas pólizas, constituyen causales de terminación anticipada del contrato, lo que importa una situación bien diversa a la expiración del mismo por el vencimiento del plazo convenido, cual es el caso.

En consecuencia, la edad de 99 años es el límite máximo de permanencia de los asegurados. Cumplida esa edad termina de inmediato la vigencia del contrato, aunque la compañía de seguro no envié comunicación alguna.



Por ello, resulta falso que la aseguradora hubiese puesto término a los contratos de manera unilateral y anticipada, pues la causal de expiración de la vigencia del seguro no es la voluntad de mi parte, sino el vencimiento del plazo anual de vigencia previsto en el contrato. La causal de término es la expiración del plazo de vigencia bilateralmente convenido y aceptado por las recurrentes, lo que no se contradice con que la aseguradora y en ejercicio de lo pactado bilateralmente, haya manifestado su decisión contraria a la prórroga de la vigencia de estos contratos.

En cuanto a la invocación de la Ley 20.667, dicho cuerpo legal no estaba vigente a la fecha en que se contrataron los seguros (entro a regir el 1º de diciembre de 2013). En este orden de cosas, la Superintendencia de Valores y Seguros es del parecer que los seguros contratados antes del 1º de diciembre de 2013, en lo que respecta a las normas de terminación de los mismos, se rigen por las disposiciones del Código de Comercio vigentes a la fecha de celebración del contrato, o en su defecto por las estipulaciones contractuales pactadas.

En síntesis, en la especie la recurrente no ha incurrido en conducta ilegal o arbitraria alguna que lesione las garantías constitucionales que las actoras consideran amagadas; pues el acto que se tacha de arbitrario o ilegal consiste simplemente en el ejercicio de una facultad contractual establecida en los contratos que libre y voluntariamente suscribieron las recurrentes; motivo suficiente para que la acción de protección sea rechazada.

Tercero: Que el recurso de protección tradicionalmente ha sido conceptualizado como una acción constitucional que cualquier persona puede interponer ante los tribunales superiores de justicia, a fin de requerirles que se adopten de inmediato las providencias que se juzgue necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado, frente a un acto u omisión arbitrario o ilegal que importe una privación, perturbación o amenaza al legítimo ejercicio de los derechos y garantías que el constituyente establece, sin perjuicios de los



demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad y los tribunales correspondientes.

Tanto la doctrina como la jurisprudencia de manera uniforme han sostenido que esta acción tiene naturaleza cautelar, puesto que mediante ella se persigue la adopción de medidas urgentes y necesarias para el restablecimiento del imperio del derecho privado, amenazado o perturbado. Finalmente, se sostiene también uniformemente que para acoger una acción como la de la especie es menester constatar el carácter preexistente e indiscutido de un derecho afectado.

Cuarto: Que como se desprende de lo anotado, y segúñ se ha venido diciendo reiteradamente a raíz de otros asuntos similares, es requisito indispensable de la acción cautelar de protección, la existencia de un acto u omisión ilegal -esto es, contrario a la ley, segúñ el concepto contenido en el artículo 1º del Código Civil- o arbitrario -producto del mero capricho de quién incurre en el- y que provoque algunas de las situaciones o efectos que se han indicado, afectando a una o más de las garantías -preexistentes- protegidas, consideración que resulta básica para el análisis y la decisión de cualquier recurso como el que se ha interpuesto. Resulta importante recalcar que la ilegalidad y la arbitrariedad no son elementos que deben concurrir en forma copulativa, sino que basta con que se presente uno de ellos, esto es, el acto lesivo puede ser ilegal o arbitrario, sin perjuicio de que, eventualmente, podría tener ambos caracteres a la vez, confluendo en algún caso específico.

Quinto: Que, en primer lugar, en cuanto a la extemporaneidad alegada por el recurrido, lo cierto es que del análisis de los antecedentes aportados por las partes, resulta que las recurrentes tomaron conocimiento del acto que ahora impugnan, mediante carta certificada, en el caso de doña Andrea Elena Cabrera Arcos, le fue entregada con fecha 16 de febrero de 2017 y en lo que concierne a doña Alejandra del Carmen Alvarez Fica, la carta certificada comunicándole esta decisión le fue entregada con fecha 1º de abril de 2017.



Luego, resulta verosímil que a esa data las recurrentes supieron de la no renovación del seguro contratado, por lo que al haber deducido el recurso con fecha con fecha 2 de mayo del año en curso, lo hicieron de manera extemporánea, conforme a lo establecido en el Auto Acordado que rige la materia.

Sexto: Que, sin perjuicio de lo anterior, luego de examinar los antecedentes proporcionados - los que se aprecian de acuerdo a las reglas de la sana crítica- y escuchar en estrados lo expuesto por las partes, puede concluirse que no es posible advertir ilegalidad ni arbitrariedad alguna en el proceder de la recurrente, la que en rigor no ha puesto fin al contrato de manera unilateral como se denuncia en el recurso, sino que aquél expirará por el cumplimiento del plazo previsto para su vigencia y en la forma como las partes también lo previeron y aceptaron. Asimismo, cabe también agregar que la compañía contra la cual se dirige la acción de protección se ha limitado a ofrecer al recurrente la celebración de un pacto nuevo y en condiciones contractuales distintas, oferta que naturalmente el destinatario puede aceptar o rechazar de modo libre.

En las condiciones descritas, faltando el supuesto básico y elemental que supone el éxito del recurso a que se refiere el artículo 20 de la Carta Fundamental, cual es la existencia de una acción u omisión que pueda calificarse de contraria a la ley o motivada por el mero capricho, la acción intentada no puede prosperar. En efecto, en el caso en estudio la recurrente ha hecho uso de una facultad establecida en el contrato de seguro, la que por lo demás favorecía a ambas partes.

Por estas consideraciones y visto, además, lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **se rechaza, sin costas**, el recurso de protección deducido en favor de Andrea Cabrera Arcos y Alejandra Alvarez Fica, en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A..



Se previene que la Ministra señora Lusic concurre al rechazo de la acción de protección intentada, considerando, únicamente, que el recurso en estudio es extemporáneo.

Regístrese y archívese.

Redacción de la Ministra señora María Soledad Melo Labra.

No firma el Abogado Integrante señor Frei, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo por encontrarse ausente.

Protección N° 29545-2017.-

Pronunciada por la ***Tercera Sala*** de esta Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por la Ministra señora Dobra Lusic Nadal e integrada por la Ministra señora María Soledad Melo Labra y por el Abogado Integrante señor Jorge Frei Toledo.



Pronunciado por la Tercera Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Dobra Lusic N.,
Maria Soledad Melo L. Santiago, siete de septiembre de dos mil diecisiete.

En Santiago, a siete de septiembre de dos mil diecisiete, 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 13 de agosto de 2017, 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>.