

C. A de Valparaíso

Valparaíso, a dieciocho de marzo de dos mil cuatro.

**Visto:**

A fojas 38 comparece doña **Juana del Tránsito Latham Fuenzalida**, chilena, casada, cédula de identidad N° 5.201.784-K, abogado, funcionaria del Poder Judicial, domiciliada en Plaza de Justicia sin número, Corte de Apelaciones de Valparaíso quien, en su calidad de contratante y asegurada, deduce recurso de protección de **Penta Vida** o **Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A.**, representada legalmente por don Carlos Enrique Celis Morgan, ingeniero comercial, ambos domiciliados en Avenida El Bosque N° 500, piso 3, Las Condes, Santiago, Región Metropolitana.

Explica que con fecha 31 de diciembre de 2013, recibió un correo electrónico que contenía una carta, fechada 20 de diciembre de 2013, por la cual le comunicaba la decisión ilegal y arbitraria consistente en poner término unilateral, e injustificadamente, a partir del 15 de octubre de 2014, al contrato de salud complementario “Segunda Vida Ejecutivo”, póliza N° 41427, que mantiene con la recurrente. Explica que ello importa una privación, perturbación y amenaza de su legítimo ejercicio de las garantías constitucionales previstas por los numerales 9º inciso final y 24º ambos del artículo 19º de la Constitución Política de la República.

Solicita se restablezca el imperio del derecho, ordenando que la recurrente deje sin efecto lo resuelto, en cuanto a la no renovación del contrato de seguro complementario Segunda Vida Ejecutivo y mantenerlo vigente, debiendo éste proporcionar cobertura a la recurrente como a su cónyuge hasta la edad de 79 años 364 días, según se pactó en las cláusulas 8º y 4º del contrato. En el evento que no se mantenga dicho contrato, se les otorgue en un seguro similar, automáticamente y sin nueva evaluación, que conserve todos los beneficios originalmente pactados, cualquiera fuere la denominación que se le otorgue en el futuro al nuevo contrato, con costas.

Refiere que en octubre de 2004 contrató con la recurrente un seguro de vida complementario de salud “Segunda Vida Ejecutiva”, póliza N° 41427. Explica que lo que realmente le interesaba al contratar era el seguro complementario de salud, sin embargo la obtención de éste dependía de la contratación primero del seguro de vida. Agrega que se decidió por la compañía recurrente, aun cuando el costo de ésta era más elevado, con motivo que el seguro complementario tenía cobertura tanto para la actora como para su cónyuge, don Jorge Ríos, hasta la edad de 79 años y 364 días, según consta, indica, del acápite 8.4 que señala que “La

edad máxima de cobertura para el titular y su cónyuge es de 79 años, 364 días, y para los hijos 23 años, 364 días". Desde la fecha de contratación a la actualidad, se han pagado mensualmente, por casi 10 años, la totalidad de las primas, que en principio ascendían a 2,26 UF mensuales, con todo, actualmente se pagan 4,3 UF, esto es, casi un 100% por sobre el valor originalmente pactado, pues además del reajuste de la UF se incorpora el reajuste según el Índice de Precios al Consumidor. Señala que no hizo nunca uso del seguro, pues es complementario del seguro de salud que mantiene con la isapre y tiene un deducible de 100 UF por evento. Explica que opera una vez efectuado el co-pago por la isapre, de tal manera que si el monto a pagar por el asegurado supera los \$2.300.000.- (dos millones trescientos mil pesos), solo entonces el seguro complementario opera, a excepción de las enfermedades mencionadas específicamente en la póliza, como lo son el cáncer, infarto al miocardio, enfermedades de las coronarias que requieran cirugía, accidente vascular encefálico e insuficiencia renal crónica; todas las cuales no tienen deducible, procediendo que el seguro complementario cubra todo aquello que no pague la isapre.

Agrega que a fines de noviembre de 2013, le fue detectado a su cónyuge un cáncer a la próstata, circunstancia que informó a la aseguradora, por tratarse de un siniestro, siendo su obligación contractual el proceder en dicho sentido. Se dieron por notificados y le solicitaron una serie de documentos mediante carta de 6 de diciembre de 2013, enviada a su correo electrónico. En aquella ocasión comunicó su cambio de domicilio hacia la quinta región, donde reside desde hace 5 años. Luego, con fecha 31 de diciembre de 2013 la recurrente le envía la carta fechada 20 de diciembre de 2013, por la cual se le comunicó que debido a las nuevas disposiciones contenidas en la Ley N° 20.667 que regula los contratos de seguros en Chile, , no se le renovaría el contrato de salud que actualmente mantiene con la compañía, señalándole que "Lo anterior responde a la necesidad de actualizar tanto los contratos como los productos conforme a lo requerido por la citada regulación. La Ley entra en vigencia a contar del 1º de diciembre del presente año y tiene efecto en cualquier contrato que deba ser modificado a contar de ese momento. Hacemos presente a Ud. Que la no renovación se aplicará a todos los asegurados del mismo tipo de seguro, sin discriminación alguna. En consecuencia y conforme a lo que se establece en el Artículo 9 del Condicionado General CAD 295059, correspondiente a su Cobertura de Salud Segunda Vida Ejecutivo, la vigencia de ésta terminará el 15/10/2014. Cabe destacar que cualquier gasto o siniestro generado con posterioridad a la fecha antes señalada no estará cubierto por este seguro. Sin embargo lo anterior, en caso de estar hospitalizado a la fecha de término de la cobertura, y según el artículo 9 del Condicionado General d salud, Segunda Vida Ejecutivo, seguirán cubriendose solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización y hasta un plazo

de 60 días contados desde la fecha de término de esta Cobertura. Adicionalmente le informamos que estamos trabajando para desarrollar alternativas de cobertura de salud a través de nuevos productos que esperamos poner a disposición del público en general a la brevedad posible. En caso de solicitar la contratación de alguno de ellos o alternativas que se proveen en el mercado, dicha contratación requerirá de los procesos de evaluación y suscripción correspondientes”(sic). Esgrime que el actuar de Penta Vida, al pretender no renovar el contrato por decisión unilateral suya y sin expresión de causa fundada, salvo argumentos vagos como tener que actualizar tanto los contratos como los productos, conforme lo requiere la Ley N° 20.667, sin especificar en qué consiste dicho requerimiento, es un acto arbitrario e ilegal.

Señala que es ilegal en razón que de conformidad a la Ley del consumidor, anterior a la suscripción del contrato, en su artículo 16 letra a) proscribe las cláusulas de adhesión o estipulaciones que permiten la modificación unilateral del contrato. Alega que de esta forma, el artículo 9º del CAD 295059 que aduce en su carta la compañía, es ilegal y abusivo, ya que deja unilateralmente y a un solo arbitrio, el poner término a un contrato de adhesión, como sería, en su concepto, el caso, pues su parte como asegurado no puede modificar cláusula alguna y su participación se limita a firmar el contrato que ya viene regulado por la compañía. Agrega que, por otra parte, la cobertura del plan contratado por ella, en su acápite 8.8, relativo a la Garantía de Cobertura, establece que se garantiza la renovación año a año de la cobertura a cada asegurado que esté haciendo uso de ella, y se encuentre al día en el pago de su póliza, estableciendo dos excepciones. La primera de ella, cuando media un uso fraudulento por parte del asegurado, cual no es el caso. Y la segunda, el caso en que la Compañía decide no renovar la cobertura a todos los asegurados en Segunda Vida Ejecutiva, sin discriminación. De esta manera, esta modificación va en directa relación con la edad máxima de cobertura, pues si Penta decide poner término al plan Segunda Vida Ejecutivo, tendría obligatoriamente que traspasar a los asegurados de este plan a otro similar, manteniendo a los contratantes y sus beneficiarios, con las mismas franquicias y beneficios del primitivo contrato. Acota que esta fue una cuestión determinante para contratar, pues las demás ofrecían planes con cobertura hasta los 75 años solamente. Alega que la recurrida no puede contratar otro seguro, pues ellos solo es posible hasta los 65 años, y la suscrita tiene ya 67 y su cónyuge 74, y este último con mayor razón por habersele diagnosticado cáncer, el cual se constituiría como una enfermedad pre-existente para los efectos de una nueva contratación. A su juicio, permitir esta conducta, es permitir un enriquecimiento sin causa a la aseguradora, pues le ha pagado durante 10 años un seguro complementario de salud, desembolsando aproximadamente \$12.000.000.- (doce millones de pesos), sólo para tener la seguridad de tener cobertura para enfermedades, en especial las

catastróficas, hasta los 79 años y 364 días. Por otra parte, refiere que la aseguradora invoca el artículo 9º del CAD 295059, para no renovar el contrato de salud complementario, en circunstancias que dicha cláusula se encuentra establecida para el seguro de vida. Además, no se explica de qué manera si este seguro complementario adicional al seguro de vida que es principal, contenidos ambos en una misma póliza, no se renueva uno y continúa vigente el otro.

Estima afectado su derecho de propiedad que detenta sobre la elevada suma de dinero para pagar una prima superior a la de otros seguros, sin que pueda contar con la cobertura esperada. Además, se ve privada de poder contar con el seguro complementario en circunstancias que se detectó un cáncer a la próstata a su cónyuge beneficiario, cuyos gastos deberían ser cubiertos precisamente por dicho seguro. Además, vulnera su derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado, pues eligió en su oportunidad a la compañía recurrida quien ha decidido, 10 años después, la no renovación del contrato.

Solicita se acoja su acción en los términos antes expuesto y acompaña documental en apoyo de su pretensión.

A fojas 52 informa la recurrida, solicitando el rechazo de la acción deducida en su contra, con costas. Reconoce que la póliza en cuestión contempla la renovación automática de la cobertura de salud, salvo que una de las partes dé aviso a la otra con a lo menos un mes de anticipación a la fecha de término, según lo previsto en el artículo 9º del contrato, cuyas condiciones generales se encuentran inscritas bajo el código CAD 295059, en el Registro de Pólizas que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros en cumplimiento de lo previsto en el artículo 3º letra e) del DFL N° 251, ley sobre Compañías de Seguros. Alega que no se ha vulnerado garantía constitucional alguna, pues la recurrente mantendrá su derecho a elegir entre quedarse en una isapre o en FONASA, y por otro lado, mantendrá también su derecho de propiedad sobre el contrato de seguro hasta el último día de vigencia de la póliza, terminando el mismo por la no renovación del contrato. El acto recurrido, señala, es el resultado del ejercicio de las facultades contempladas en las condiciones del contrato de seguro en cuestión.

Explica que la vigencia de la cobertura de salud refiere la edad de 79 años y 364 días y 23 años y 364 días como la edad máxima prevista en la cobertura, y cumplida la misma, no se renovaría automáticamente la póliza. Asimismo, es facultad de la aseguradora no renovar esta cobertura a todos los asegurados en Segunda Vida Ejecutiva sin discriminar. Indica que la enfermedad que afecta al cónyuge de la recurrente no ha incidido para nada en la decisión adoptada, ya que éste se encontraba amparado por esta Garantía de Cobertura. De esta forma, agrega, se dio la excepción prevista por la cláusula, pues se envió el aviso de no renovación del seguro de salud al cumplimiento de sus respectivas

anualidades, a todos los asegurados por la cobertura de Segunda Vida Ejecutiva, que son más de 4.000 asegurados.

Indica que la jurisprudencia ha sido reiterada en cuanto a que para que sea procedente el recurso de protección es requisito de procedencia del mismo que, además de mediar un acto ilegal o arbitrario, éste no pueda resolverse por los procedimientos ordinarios o especiales previstos por la ley. De esta forma, continua, el contrato de seguro en su artículo 20 de las Condiciones Generales del seguro principal de vida con ahorro, al que accede la cláusula adicional del seguro de salud, establece que las diferencias que se produzcan entre asegurados, beneficiarios y aseguradores, deben resolverse por el procedimiento arbitral previsto en la póliza de seguro, oportunidad en la que las partes podrán usar todos los medios de prueba que les franquea la ley para acreditar y respaldar sus argumentaciones.

A fojas 64 se trajeron los autos en relación.

**CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:**

**Primero:** Que la acción constitucional de protección, consagrada en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, ha sido establecida a favor de quien, por causa de actos u omisiones arbitrarios o ilegales, sufra privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidas en el artículo 19 de la Carta Fundamental, siendo su naturaleza esencialmente cautelar y su finalidad la de brindar eficaz y oportuno amparo a las personas de los efectos de un acto ilegal o arbitrario que lesionara un derecho indiscutido.

**Segundo:** Que se ha deducido este recurso en razón de la decisión unilateral, a juicio de la recurrente, ilegal y arbitraria por parte de la recurrente de no renovar el seguro complementario de salud que aquélla mantiene con ésta, sin que se diera cumplimiento a los supuestos contractuales establecidos en la póliza en cuestión.

**Tercero:** Que en primer término debe decirse, que respecto de la petición de improcedencia del recurso deducido, alegada por la recurrente, en atención a la existencia de vías administrativas diversas aun cuando efectivamente existiera dicha posibilidad para recurrir en contra de la actuación cuestionada, el artículo 20 de nuestra Carta Fundamental, que consagra el recurso de protección en contra de los actos u omisiones arbitrarios o ilegales, ofrece la posibilidad de recurrir de tal forma “sin perjuicio de los derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes”, con lo que se deja abierta la puerta para accionar, también, por esta vía, más cuanto lo que se solicita es un remedio eficaz y oportuno ante la privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos y garantías establecidos en la disposición legal anotada, que es precisamente lo que el actor ha invocado en estos autos.

**Cuarto:** Que a su vez la recurrente, en cuanto al fondo, alega la improcedencia de la acción deducida por no haber incurrido en acción u

omisión ilegal o arbitaria, toda vez que dio cumplimiento a la situación de excepción prevista por el contrato de seguro complementario de salud, en el sentido que no renovó el mismo a ninguno de sus asegurados, no vulnerando, por tanto, garantía constitucional alguna.

**Quinto:** Que del mérito de los antecedentes se desprende que la recurrente no renovó el seguro complementario de salud contratado de la recurrente, situación que alega habría afectado a la totalidad de los asegurados por igual, acompañando al efecto copias de las órdenes de transporte en que se habrían remitido las cartas certificadas enviadas a los asegurados en tal sentido. Sin embargo, del análisis de estas copias se desprende que las comunicaciones fueron remitidas entre los días 20 y 27 de noviembre de 2013, en cambio, aquella enviada a la recurrente lo fue el día 20 de diciembre siguiente, y por medio de un correo electrónico, diferenciándola de esta forma de los demás asegurados. Sin que conste, asimismo, que el contenido de la carta enviada a esta última fuera el mismo que el de las enviadas a los demás asegurados, y en todo caso, no consta que la recurrente, haya cumplido por su parte, con la excepción prevista por las cláusulas de la póliza, disponiendo de esta forma, unilateralmente del contrato.

**Sexto:** Que, por lo demás, la asegurada informó a la recurrente de la enfermedad que le fue diagnosticada a su coasegurado, esto, a fines de noviembre de 2013, para luego acusar recibo del denuncio con fecha 6 de diciembre de 2013, según consta de carta agregada a fojas 4, indicándole que procedería a efectuar la liquidación respectiva. No obstante, con fecha 31 de diciembre posterior, procede a remitir un correo electrónico que contiene la carta, fechada 20 de diciembre de 2013, acto impugnado de autos. Que, además, se le ha indicado que le serán ofrecidas otras alternativas para que pueda optar a las prestaciones con las que contaba, sin embargo, ello requerirá de una nueva evaluación, lo cual se desprende de la carta allegada por la propia recurrente de fecha 24 de enero de 2014, de esta forma, se advierte que resultará imposible para la asegurada como para su cónyuge, acceder a la cobertura hasta ahora contratada, pues además de la edad que actualmente tiene, siendo notorio que a las personas mayores de 70 años las empresas aseguradoras no les otorgan la posibilidad de contratar, en el caso del cónyuge, éste además tendrá una enfermedad preexistente, lo cual le vedará asimismo de una manera cierta la opción de contar con cobertura para los gastos que implica la enfermedad catastrófica que le aqueja.

**Séptimo:** Que el acto impugnado por la recurrente es la carta fechada el 20 de diciembre de 2013, enviada por correo electrónico de fecha 31 de diciembre de 2013, por la cual le comunican que no se renovará su contrato de seguro de salud, según se indica por las nuevas disposiciones de la Ley N°20.667, haciendo presente que la no renovación se aplicará a todos los asegurados del mismo tipo de seguro, el que terminará el 15 de octubre de 2014. Se debe precisar que de los

antecedentes agregados no se puede confirmar que las cartas les fueron enviadas a todos los asegurados, como, asimismo, el contenido de dicha comunicación, por lo que deberá precisarse si el acto reviste la calidad de ilegal, esto es, contrario a la ley, o arbitrario, es decir, por mero capricho y que provoque una situación que afecte las garantías constitucionales mencionadas por la recurrente.

**Octavo:** Que acorde a lo reseñado en el considerando que antecedentes, previamente se debe analizar las facultades que le otorgaba la Póliza N° 41427, suscrita por la recurrente en su favor y en el de su cónyuge, a la entidad aseguradora como los beneficios a los asegurados. En efecto, en el punto 8.4 se establece la edad máxima cubierta, a saber 79 años 364 días para el titular y su cónyuge y en el punto 8.8 Garantía de Cobertura, se indica que Penta Vida (la aseguradora) garantiza la renovación año a año de esta cobertura a todo asegurado que está haciendo uso de ella y se encuentre al día en el pago de su póliza. Excepción a lo anterior, será si el asegurado incurre en alguna de las causales de uso engañoso, doloso o fraudulento. La recurrente ha cumplido con todos los pagos de las pólizas y no ha cometido ningún acto doloso, lo que en todo caso, no es cuestionado dado que la recurrida no ha indicado haber ocurrido alguna irregularidad de parte de la recurrente, por lo que no podía aplicarse el artículo 13 sobre Terminación Anticipada, dentro de lo que se denomina Cláusula Adicional de Prestaciones Médicas, que estipula “Encontrándose la presente cláusula vigente, la cobertura terminará anticipadamente en el siguiente caso: Cuando el asegurado hubiese omitido, retenido o fabricado información que altere el concepto de riesgo asumido por la compañía aseguradora o cuando presentare reclamación fraudulentas o engañosas o apoyadas en declaraciones falsas”.

**Noveno:** Que, como se dejó establecido en el considerando que antecede, tanto la recurrente como su coasegurado no han incurrido en ninguna de las acciones mencionadas, lo que no ha sido controvertido, por lo que la recurrida no se encontraba facultada para poner término anticipado al contrato de seguro, individualizado como Póliza N° 41427.

Por otra parte, como se indicó en el considerando séptimo de este fallo, no se ha acreditado que efectivamente como se señala en el punto 8.8 de la póliza, la decisión de la compañía de no renovar la cobertura garantizada de renovación año a año, se haya realizado a todos los asegurados del seguro Segunda Vida Ejecutivo, sin discriminación.

**Décimo:** Que de lo relacionado en los considerandos que anteceden, se desprende que la Compañía Penta Vida de Seguros de Vida S.A., ha actuado en forma ilegal y arbitraria al comunicar no renovar el contrato por una decisión unilateral, sin dar una razón fundada para ello y sin haberse producido las situaciones que permitirían la no renovación de la cobertura, según se dejó explicitado, por cuanto tanto la recurrente como su cónyuge no han incurrido en las acciones que harían procedente

tal acto, como tampoco se ha probado en forma fehaciente que se dio cumplimiento al envío de las comunicaciones a todos los asegurados en este sistema de la no renovación de la póliza, y tampoco se ha aclarado por la recurrida la circunstancia que la comunicación a la recurrente de la no renovación le fue realizada sólo el 20 de diciembre de 2013, a través de un correo electrónico de fecha 31 de diciembre de 2013, en circunstancias que las demás comunicaciones, si es que efectivamente se les ha comunicado el cese de la cobertura, lo fueron en el mes de noviembre de 2013.

**Undécimo:** Que de todo lo relacionado se puede desprender que este contrato de seguro es anual y renovable año a año, sin embargo, podría ser dejado sin efecto por la Compañía, en cualquier momento, siempre se trate de una situación irregular, que en el caso que nos convoca no se ha dado ninguna situación irregular, por lo que la aseguradora ha actuado en forma ilegal y arbitraria al comunicar que no renovará el contrato que se encontraba vigente y que tenía una duración para ambos asegurados hasta cumplir 79 años 364 días, como a la vez, resulta arbitrario al otorgarle la posibilidad de suscribir un nuevo contrato, previo cumplir con los requisitos exigidos de evaluación, lo que para los asegurados resulta desde ya imposible el acceder, dado que a la fecha ya no cumplirían con el requisito de la edad para la suscripción del mismo.

**Duodécimo:** Que en relación a las garantías constitucionales que se dicen vulneradas con el acto de la Compañía Penta Vida, de haber puesto término en forma unilateral, arbitraria e ilegal, al contrato complementario de salud Segunda Vida Ejecutivo, Póliza N° 41427, implica un acto arbitrario que lesionaría el derecho de propiedad que la recurrente y su cónyuge tienen sobre los derechos personales que emanan del contrato y que le permiten exigir el cumplimiento de la obligación de otorgarle cobertura respecto de las prestaciones médicas que solicitan.

La violación de la garantía constitucional establecida en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, esto es, el derecho de propiedad es suficiente para dar lugar al recurso deducido, por lo que se estima inoficioso referirse sobre la contemplada en el artículo 19 N° 9 último inciso de la Carta Fundamental.

Por estas consideraciones, disposiciones citadas, artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado sobre la materia de la Excma. Corte Suprema, **se acoge**, con costas, el recurso de protección deducido por doña Juana Latham Fuenzalida en contra de Penta Vida o Penta Vida Compañía de Seguros de Vida S.A. y **se dispone que se deja sin efecto la carta aviso** de fecha 20 de diciembre de 2013, enviada por correo electrónico el 31 de diciembre de 2013, en que se le comunica a la asegurada que se le pone término a la Póliza N° 41427, por lo que debe entenderse que dicho contrato de seguro sigue

vigente en forma interrumpida y lo seguirá en las condiciones contratadas en la misma.

Regístrate, comuníquese y archívese, en su oportunidad.

Redacción de la Ministro Sra. Gloria Torti Ivanovich.

**Nº Protección126-2014.**

Pronunciada por la Segunda Sala de Verano de la Corte de Apelaciones de Valparaíso, integrada por los Ministros Sr. Julio Miranda Lillo, Sra. Gloria Torti Ivanovich y Sr. Alejandro García Silva.

Incluida la presente resolución en el estado diario del día de hoy.