

Antofagasta, a nueve de diciembre dos mil diecinueve.

VISTOS:

Patricia del Rosario Quispe Herrera, RUN 10.697.564-7, con domicilio en Av. Chorrillos 1092, Calama, interpone recurso de protección en contra de BICEVIDA Compañía de Seguros S.A, RUT 96.656.410-5, representada legalmente por su Gerente General Sergio Francisco Ovalle Garcés, RUN 6.538.541-4, con domicilio en Av. Providencia 1806, Santiago, por estimar vulneradas las garantías constitucionales establecidas en los numerales 1°, 9° y 24° de la Constitución Política de la República, solicitando se acoja la presente acción constitucional y se disponga que la recurrida proporcione la cobertura contractualmente pactada en el seguro de salud contratado, abarcando íntegramente el siniestro denunciado, adoptando las medidas necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección, con condena en costas.

Informó la recurrida, solicitando el rechazo del recurso.

Puesta la causa en estado, se han traído los autos para dictar sentencia.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que la recurrente expone que en el año 2016 contrató un seguro de salud, número de póliza: SPM-1381600, que entró en vigor el 1 de abril de 2016, cuyas coberturas son prestaciones médicas. Los asegurados son sus dos hijos; Valentina y César, ambos de apellidos Durán Quispe y la recurrente en calidad de titular.

Refiere que a inicio del año 2018, su hija Valentina Durán Quispe, RUN 21.798.770-9, de 13 años comenzó con fuertes dolores en su columna, buscando atención médica, indicando que por medio de resonancia magnética realizada a su columna el 7 de abril de 2018, por el neuroradiólogo Rodrigo Flores, se consignó "una malformación de los cuerpos vertebrales con alteración en



la segmentación de los cuerpos C4 y C5, hemivértebra C6 izquierda que determina escoliosis de convexidad izquierda cervical baja y hemivértebra derecha T5 que determina escoliosis focal derecha.”

Por lo anterior, contactó al médico traumatólogo, Dr. Andrés Chahin, quien presta servicios en la Clínica Las Condes de Santiago. En el mes de enero del presente, el facultativo informó que Valentina debía ser sometida a intervención quirúrgica, por la patología de escoliosis congénita, ingresando el 25 de febrero, con un presupuesto que varió, considerando 5 días de internación, extendiéndose esta última a 13 días, 11 días en Unidad de Cuidados Intensivos y 2 días en Unidad de Cuidados Intermedios. De tal forma, que fue dada de alta el día 9 de marzo.

Agrega que la prestación médica tuvo un valor de \$52.222.133, donde la Isapre Cruz Blanca, a la que se encuentra afiliada, bonificó \$6.957.638, adeudando a la Clínica Las Condes \$45.264.495, sin que pueda pagar dicha suma de dinero, solicitando en su oportunidad prórroga para evitar un juicio ejecutivo en su contra.

Refiere que solicitó el reembolso en virtud del seguro contratado con la recurrida, ingresando el 11 de junio de presente solicitud de reembolso de gastos médicos por la cirugía de hemivertebra C6 y T6, quedando signado bajo el número de siniestro 89505. Sin embargo, el 8 de agosto de 2019, la recurrida emitió Informe de liquidación, Denuncio N° 101254, enviando el mismo día correo electrónico informando el rechazo del siniestro, esto es, de acuerdo con el artículo N°5, relativo a Exclusiones, específicamente porque los gastos provienen de una enfermedad preexistente, definida como “aquellas que corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro”. Conforme a lo dispuesto en los artículos 524 y



525 del Código de Comercio, en las Condiciones Particulares de la póliza se dejará constancia de aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el contratante o asegurado, que no serán cubiertas o, por el contrario, las condiciones en que ellas serán cubiertas."

Agrega que, al revisar el apartado de análisis de cobertura del informe de liquidación, se consignó lo siguiente: *"Según informe médico emitido por el doctor Andrés Chahin Ferreyra, la señorita Duran padece de Cifoescoliosis, escoliosis congénita, además en ingreso médico de Clínica Las Condes se señala lo siguiente: "Portadora de Cifoescoliosis congénita con indicación quirúrgica hace años", lo anterior es ratificado también en Protocolo operatorio. Es importante señalar que, en su Declaración Personal de Salud, se le consulta si ¿Tienen conocimiento de padecer o haber padecido cualquier trastorno, síntoma, enfermedad o lesión grave, a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario? a lo cual usted responde negativamente. Como consecuencia de la omisión de esta información no permitió a nuestra Compañía realizar una correcta evaluación del riesgo asegurado. Considerando lo anterior podemos señalar que el diagnóstico que afecta a su hija, Valentina Alexandra Duran Quispe se realizó previamente al inicio de vigencia de la póliza (01/04/2016)."*

Indica que en relación a los informes médicos, que este último referido por la recurrida, tiene fecha 11 de julio de 2019, emitido por el Dr. Andrés Chahin Ferreyra, quien declaró que es el médico cabecero de la paciente desde enero del año 2019, cuyo diagnóstico principal es escoliosis congénita, con fecha de diagnóstico 11 de enero del año en curso, sindicándose como la misma fecha exacta en que la paciente consultó por primera vez a causa de esta enfermedad. Ante la consulta de ¿Había padecido el paciente algún episodio anterior o

XECHXSCLE

cualquier afección relacionada con ello? El médico responde que no. Y además señala que, con esa misma fecha, 11 de enero de 2019 se le informó al paciente del diagnóstico. Sin tener patología concomitante.

En el apartado sobre la historia clínica, Dr. Chahin, refiere que la paciente padece escoliosis congénita quien en el último año presenta una progresión de la deformidad de manera importante. A pesar de haberse visto antes, sin tener indicación absoluta de cirugía. Que, respecto al tratamiento médico, se declara que se realizó tratamiento quirúrgico correctivo. Con buena evolución y pronóstico.

En cuanto al segundo documento presentado a la recurrida, consiste en un Certificado emitido por el mismo médico con fecha 12 de marzo de 2019, en el que se plasma que la paciente es portadora de una cifoescoliosis progresiva rápidamente en el último año. Además, se asocia a dolor cervicodorsal importante. Se realizó una corrección quirúrgica logrando una reducción completa de la cifosis y escoliosis. Estuvo hospitalizada desde el 25 de febrero hasta el 9 de marzo de 2019.

Respecto al documento denominado por la recurrida "ingreso médico de Clínica Las Condes", el que contiene epicrisis médica: Epicrisis e Indicaciones para el Egreso Hospitalario, de fecha de emisión 9 de marzo de 2019 a las 10.37 horas, consta: Motivo de Ingreso: Escoliosis, Diagnóstico de egreso: Escoliosis congénita. Resumen de la Hospitalización: "Portadora de cifoescoliosis congénita con indicación quirúrgica hace años. [...]". Al respecto, sostiene el recurrente que no se especifica hace cuántos años. Un punto importante a destacar, es que el día 7 de abril de 2018, estando ya vigente el seguro de salud, se realizó una resonancia magnética a la columna de Valentina, que concluyó en sus resultados respecto a la impresión médica que se observaba una malformación de los cuerpos vertebrales con alteración



en la segmentación de los cuerpos C4 y C5, hemivértebra C6 izquierda que determina escoliosis de convexidad izquierda cervical baja y hemivértebra derecha T5 que determina escoliosis focal derecha. Por otro lado, el médico tratante, Dr. Chahín, en el mes de enero de 2019, declara el diagnóstico por el cual se interviene quirúrgicamente a la paciente.

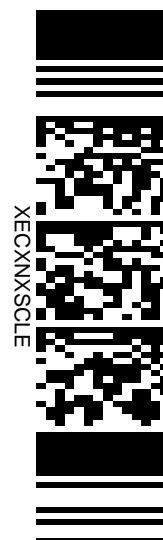
En consecuencia, resulta arbitrario e ilegal que la recurrida se valga de una expresión tan imprecisa para rechazar la cobertura del seguro de salud, respecto del cual es dable recordar cuya vigencia comenzó el 1 de abril de 2016.

Expone en relación con el concepto de preexistencia alegado por la recurrida, al momento de contratar el seguro no tenía conocimiento sobre la enfermedad que desarrolló mi hija y que fue el motivo de la intervención quirúrgica cuyos gastos se solicita sean reembolsados por la recurrida, cita jurisprudencia.

Refiere, en definitiva, que el acto ilegal y arbitrario incurrido por la recurrida consiste en no otorgar cobertura al siniestro N° 89505, vulnerando las garantías constitucionales tanto de su hija como de la recurrente, las que a continuación indica.

En primer lugar, refiere que se ha vulnerado el derecho a la vida e integridad física, artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República, toda vez que pretende privar a Valentina de los medios económicos necesarios para poder continuar con su tratamiento postoperatorio, al tener que pagar la recurrente la suma de \$45.264.495 por concepto de cirugía y demás gastos médicos, y al ser la recurrente, única sostenedora de su familia, la obligará a privar a su hija de continuar con su tratamiento.

En segundo lugar, refiere que se ha vulnerado la garantía constitucional establecida en el artículo 19 N° 9, relativa a la protección de la salud, ya que suprime el



derecho a la libre elección, puesto que el rechazo de la compañía a dar cobertura al siniestro vuelve inútil su derecho a acceder a un sistema de salud, que resultó inoperante.

Finalmente, añade que se ha vulnerado el derecho de propiedad, consagrado en el artículo 19 N° 24 del mismo cuerpo normativo, al tener que financiar la intervención quirúrgica y demás gastos relacionados con el tratamiento y la recuperación de la salud de su hija, con sus escasos ingresos económicos, en circunstancias que existe un contrato de Seguro de Salud vigente, legalmente celebrado. Añade, que se ha vulnerado la Convención sobre los Derechos del Niño, específicamente los artículos 1, 3 sobre interés superior del niño y el artículo 24.

En definitiva, solicita acoger la presenta acción constitucional, disponiendo que la recurrida deberá proporcionar a la recurrente la cobertura contractualmente pactada en el seguro de salud contratado, abarcando íntegramente el siniestro denunciado bajo el número 101254, adoptando aquellas providencias necesarias para restablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección de la afectada, con condena en costas en caso de oposición.

SEGUNDO: Que el abogado Rodrigo Santa María Vega, en representación de la recurrida evacúa informe solicitando el rechazo del recurso con costas.

En primer lugar, reconoce que la recurrente es asegurada de BICE Vida Compañía de Seguros S.A., suscribiendo el 23 de marzo de 2016 la propuesta de seguro (Antecedentes Básicos Asegurable-A.B.A.) con su representada, en virtud de la cual contrató Póliza De Reembolso de Gastos Médicos por Evento, que se encuentra incorporada en el Registro de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (antes Superintendencia de Valores y Seguros) bajo el código POL 320131516.



Agrega que, en la misma fecha, la recurrente suscribió adicionalmente la Declaración Personal de Salud, documento necesario para que la compañía aseguradora pudiese apreciar el riesgo que soportará y que forma parte integral del contrato de seguro, respondiendo negativamente a todas y cada una de las preguntas que pretenden dar a conocer tanto su estado actual de salud, como el de su grupo familiar asegurable, que incluye a sus dos hijos, César Durán Quispe y Valentina Alexandra Durán Quispe, es decir declara que sus dos hijos no tienen ninguna enfermedad o dolencia al mes de marzo del año 2016, lo que no es correcto ni exacto, por lo que incumplió el Artículo 524 del Código de Comercio que establece las obligaciones del asegurado.

Expone que el 11 de junio de 2019, la recurrente presentó un denuncia de siniestro a través del llenado y suscripción de la "Solicitud de Reembolso Gastos Médicos - SVI", que ascendía a la suma aproximada de 40 millones de pesos. Agrega que el 8 de agosto de 2019, su representada procedió a liquidar el denuncia, rechazando otorgar cobertura a los gastos médicos presentados debido a la configuración de la exclusión de cobertura de Enfermedades y Dolencias Preexistentes (Artículo 5° "EXCLUSIONES", LETRA a) DE LA PÓLIZA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR EVENTO (POL 320131516), la que fue comunicada en la misma fecha vía correo electrónico.

Refiere que la recurrente no impugnó la respectiva liquidación de seguro, no haciendo uso de la facultad que le confieren los artículos 26 y 27 del Decreto Supremo N° 1055 del 17/08/2012 que contiene el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros, informándole ese derecho en el informe de liquidación. Además, no efectuó reclamo alguno ante la Comisión para el Mercado Financiero (CMF, ex SVS), que es la entidad a cargo de la fiscalización de las compañías aseguradoras.



Enfatiza que tampoco acudió a arbitraje, como lo faculta la misma póliza, específicamente la cláusula 25°, además no realizó de manera directa ninguna consulta ni reclamación dirigida a su representada en relación con este asunto, negándole la oportunidad de intentar resolver el tema por otras vías, distintas de las judiciales y administrativas, que tal vez hubiesen permitido arribar a una solución de mutuo acuerdo.

En lo relativo al contenido de la póliza, refiere que esta última contempla las denominadas "Condiciones Generales", que son los textos de los contratos tipo que deben utilizar las entidades aseguradoras en la contratación de los seguros, y que contienen las regulaciones y estipulaciones por las que se rige el contrato respectivo, donde se regulan los derechos y obligaciones de las partes del contrato de seguro. Agrega que, en relación con el contenido de la póliza de la recurrente, cita el artículo 2° en relación con la cobertura. A continuación, cita el artículo 5° en relación con las exclusiones.

Reitera que la recurrente en su declaración personal de salud el 23 de marzo respondió de forma negativa a todas las preguntas, esto es, declaró previamente a la compañía aseguradora la ausencia absoluta, tanto en ella como en sus dos hijos, de toda enfermedad o lesión, patología, tumores, trastorno, etc., con anterioridad a la contratación del seguro.

Agrega que, conforme al informe asesoría médica de su representada, suscrito por la médico Victoria Gassibe Klarian, esta pudo establecer que doña Valentina Alexandra Durán Quispe, hija de la Recurrente y beneficiaria del seguro en cuestión, tiene una historia clínica de "cifoescoliosis congénita", previa a la contratación de la Póliza, lo que consta en el protocolo operatorio y en la epicrisis médica de 3 de abril de 2019 emitido por la Clínica Las Condes, citando el concepto de

XECNXSCLE

anomalías congénitas de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), resultando claro a su juicio que se trata de una condición médica que la hija de la Recurrente ha arrastrado desde su nacimiento, por ello congénita, y cuyas señales externas son absolutamente notorias y evidentes.

Agrega que solicitó a la recurrente la Cartola de Prestaciones Médicas Realizadas a su hija Valentina Alexandra a contar del año 2015, emitido por su Isapre el 8 de julio del presente, encontrándose prestaciones médicas realizadas con anterioridad a la contratación del seguro: a. 31 de marzo de 2015: Radiografía de clavícula. b. 31 de marzo de 2015: Rayos X (RX) proyecciones especiales en hombro. c. 31 de marzo de 2015: Rayos X (RX) hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón. Agrega que dichas prestaciones no tienen relación con ningún traumatismo, ya que no hay registro de actuaciones tales, por lo que permite concluir que dichos exámenes estaban destinados a diagnosticar las molestias que presentaba propios de este tipo de afecciones. Además, refiere que, en relación con las prestaciones del año 2016, solamente figuran aquellas asociadas a bonos de atención y no aquellas respecto de las cuales pidió reembolso, toda vez que debe considerarse que hay prestaciones que no tienen cobertura con bonos, como ocurre en las de columna total (4 de junio de 2016).

Refiere que la patología de la recurrente se ha arrastrado durante toda su vida y que no fue oportunamente declarada por la Recurrente, muestra señales y síntomas evidentes y notorios de su existencia, según la opinión experta de la Asesoría Médica, Doctora Victoria Gassibe, tomando en cuenta lo siguiente: i) En el Protocolo de operación, el cirujano tratante, Dr. Andrés Chahín Ferreyra, describe que la niña es "portadora de Cifoescoliosis Congénita con indicación quirúrgica hace años"; ii) La lesión de columna descrita por el cirujano



corresponde a la denominada hemivértebra (falla congénita en la formación y fusión de los núcleos de osificación del cuerpo vertebral), lo que impacta en el desarrollo de un lado del cuerpo vertebral, vale decir, le "falta la otra parte"; iii) La hemivértebra de la columna cervical se asocia a la escoliosis -de la cual es portadora Valentina Durán- y a la inestabilidad cervical, lo que produce dolor de cuello y tortícolis, "C6 izquierda y T6 derecha" (a la altura del cuello y parte dorsal o tórax), tal como indica el Protocolo Operatorio; iv) Además, la hija de la Recurrente, según el mismo Protocolo Operatorio, presenta "defecto de fusión arcos posteriores (de las vértebras) de C7 a T7", defecto de la fusión vertebral causado por un fallo CONGÉNITO en la formación y cierre completo de los arcos posteriores de las vértebras, como ocurre en este caso, lo que es conocido como "espina bífida oculta", que habitualmente se produce en la zona lumbar y más raramente en el cuello, pero que genera deformaciones y puede tener signos externos de manchas rojas o hipopigmentadas, depresión cutánea, hemangiomas (tumor no canceroso (benigno) causado por el crecimiento anormal de vasos sanguíneos), lipomas (tumor de tejido blando benigno) y otros; v) En el mismo Protocolo Operatorio se indica que la radiografía (Rx) mostraba ángulos de desviación de la columna cérvico dorsal evidentes, con una curva cérvico dorsal de 54°; vi) La escoliosis -que padece la hija de la Recurrente- se define como una deformidad de la columna que se produce si ésta tiene una curvatura mayor a 10°. En este caso estamos en presencia de una curvatura 44° mayor que la definición, situación a la que es imposible llegar en menos de 5 años; vii) La referida angulación de la columna vertebral provoca la desnivelación de los hombros, dando un aspecto arqueado a la persona.

Manifiesta que, al hablar de una enfermedad "congénita" se quiere decir que la persona que la padece ha nacido con ella, no la ha contraído con posterioridad.



En síntesis, refiere que es posible concluir con absoluta certeza que la Cifoescoliosis Congénita que padece doña Valentina Alexandra Durán Quispe es visualmente evidente, no sólo ahora, sino desde hace mucho más tiempo que el transcurrido desde la contratación.

En cuanto a los fundamentos de derecho, expone que, ante la naturaleza de la acción constitucional, el asunto es ajeno a su naturaleza, además de la inexistencia de un derecho de carácter indubitado. Además, alega que en esta sede no puede abocarse a conocer sumariamente acerca de la interpretación, cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones emanadas de los contratos de seguro, ya que eso importa revisar detenidamente los antecedentes médicos, los testimonios, las pericias y otros medios probatorios para determinar si la decisión de la Compañía de Seguros se ajusta a lo establecido en los contratos de seguro, debiendo estarse a lo dispuesto en la cláusula compromisoria (Artículo 25) que tiene la póliza que señala la forma de solución de conflictos entre las partes en relación a los contratos de seguros, entregándole la competencia a un juez árbitro, citando jurisprudencia.

A continuación, alega que el acto de su representada es legal y fundado, atendido a que no le asiste cobertura por adolecer de una enfermedad o dolencia preexistente no declarada, por lo cual, el rechazo a pagar la indemnización solicitada se encuentra fundado en el contrato válidamente emitido y la adecuada liquidación del seguro, dando cumplimiento al contrato de seguro suscrito.

Finalmente, sostiene que el recurso de protección actúa de forma subsidiaria, en ausencia de otras acciones o cuando aparezca que dichas acciones no son capaces de otorgar una solución efectiva a la recurrente que, en el caso de autos, corresponde al arbitraje. Agrega que la cláusula arbitral es el instrumento idóneo para resolver las dificultades entre las partes con motivo de un contrato de seguros, ya que,



por lo general estas materias son de lato conocimiento, en donde deben existir y brindarse las instancias necesarias para que las partes puedan aportar las probanzas necesarias para acreditar sus dichos, ya que se requiere de un proceso de lato conocimiento.

TERCERO: Que, por resolución de 9 de octubre del presente, a petición de la recurrida se ordenó oficiar a Clínica Las Condes, Mutual de Seguridad, Clínica Redsalud Vitacura, Médico Miguel Armando Cortés Gallardo, Médico Antonio Maggiolo Peirano, Sociedad Radiológica Tara Ltda., e Isapre Cruz Blanca, a fin de informar al tenor del recurso de protección, evacuando cada una de ellas los respectivos informes.

CUARTO: Que el recurso de protección, acción cautelar constitucional consagrada en el artículo 20 de la Carta Fundamental, ha sido establecido para hacer frente a acciones u omisiones ilegales o arbitrarios, de los cuales derive una privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de los derechos o garantías expresamente señalados en la misma norma. Se trata de un procedimiento cautelar de emergencia, inquisitivo y sin forma de juicio, que tiene por objeto reestablecer el imperio del derecho y asegurar la debida protección del afectado frente a garantías constitucionales indubitadas, inequívocas que no generen discusión ni cuestionamiento sobre su existencia, por lo mismo, el referido artículo 20 establece que este recurso constitucional es "sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o ante los tribunales correspondientes", lo que no solo significa que su resolución produce únicamente cosa juzgada formal, sino que en lo esencial, cualquier discusión sobre los efectos de los derechos fundamentales, su naturaleza y existencia debe plantearse en otros procedimientos que no se vinculan con el presente.

QUINTO: Que el acto arbitrario e ilegal imputado por el recurrente a BICE Vida Compañía de Seguros consiste



en la emisión del Informe de Liquidación, Denuncio 101254 de 8 de agosto de 2019, en que se rechaza la solicitud de reembolsos de gastos de hospitalización, fundado en la causal de exclusión dispuesta en el artículo 5° letra a) de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, esto es, que la hija de la recurrente, beneficiaria de dicho seguro, padecía una enfermedad no declarada al tiempo de la suscripción de la respectiva póliza (enfermedad preexistente).

SEXTO: Que atendida la naturaleza cautelar y de emergencia de la acción constitucional, es posible advertir que no estamos en presencia de derechos con carácter de indubitados, sino que, por el contrario, se trata de pretensiones contrapuestas de las partes, toda vez que la controversia se enmarca en determinar si la recurrente tenía conocimiento al momento de la suscripción de la póliza y declaración personal de salud, que su hija, beneficiaria del seguro de salud, padecía la enfermedad "cifoescoliosis congénita", lo que permitiría determinar si es posible o no la aplicación de la exclusión de cobertura, conforme el artículo 5° letra a) de las Condiciones Generales del Seguro de Salud, esto es, determinar si la actuación de la recurrida se ajustó a derecho.

En efecto, la discusión de autos escapa del objeto del recurso de protección, toda vez que se trata de un asunto de lato conocimiento, que requiere la necesidad de acreditar una serie de aspectos, tales como la calidad de congénita de la enfermedad y la circunstancia que la recurrente se encontraba en conocimiento de la patología al momento de la suscripción de la póliza que une a las partes, hecho ocurrido el 23 de marzo de 2016, en definitiva garantizar un contradictorio entre las partes.

SÉPTIMO: Que, si bien consta que la recurrente no impugnó la respectiva liquidación, estando en conocimiento de dicha posibilidad, conforme se advierte en



el informe de liquidación, en el acápite relativo a “información relativa al procedimiento de impugnación”, donde transcribe los artículos 26 y 27 del Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros del Decreto Supremo 1055 de 17 de agosto de 2012, consta que la recurrente cuenta con otros medios para impugnar dicha decisión, no resultando esta acción constitucional la vía idónea para efectuar sus alegaciones.

Al respecto, resulta determinante en el caso de autos, el artículo 25 de la Póliza de Reembolso de Gastos Médicos por Evento, en que se estipula la forma de solución de conflictos, estipulándose una cláusula compromisoria, en el caso que se cuestione la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada”. En consecuencia, la sede llamada a conocer de la materia es la justicia arbitral, conforme a la cláusula especial de arbitraje incorporada en la póliza suscrita por la recurrente. Además, la recurrente cuenta con la vía judicial en sede civil para efectuar las alegaciones que estime pertinentes.

OCTAVO: Que, por lo anteriormente expuesto, no tratándose de derechos indubitados y contando la recurrente con las vías jurisdiccionales para impugnar la decisión de la compañía de seguros recurrida, sin que pueda dilucidarse en esta sede, atendida la particular naturaleza de la acción de autos y la necesidad de contar con un juicio de lato conocimiento que permita dilucidar si la recurrida incumplió o no la póliza de seguros contratada, es que deberá rechazarse el presente recurso.

Por estas consideraciones y de acuerdo, además con lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Corte



Suprema sobre Tramitación del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, **SE RECHAZA sin costas**, el recurso deducido por Patricia del Rosario Quispe Herrera, en contra de BICE VIDA Compañía de Seguros S.A, representada legalmente por su Gerente General Sergio Francisco Ovalle Garcés.

Regístrese y comuníquese.

Ro1 3490-2019 (PROT)





XECNXSCL

Pronunciado por la Primera Sala de la C.A. de Antofagasta integrada por los Ministros (as) Virginia Elena Soubllette M., Jasna Katy Pavlich N. y Abogado Integrante Fernando Orellana T. Antofagasta, nueve de diciembre de dos mil diecinueve.

En Antofagasta, a nueve de diciembre de dos mil diecinueve, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

