

Santiago, veintiuno de junio de dos mil diecinueve.

**Vistos y teniendo presente:**

1°.- Que comparece don Roberto Fasani Puelma, Abogado, en representación de doña **Carmen Liliana Bonnefont Molina**, chilena, soltera, cédula de identidad N° 12.145.399-1, quien deduce recurso de protección en contra de contra **SEGUROS CLC S.A.**, representada legalmente por doña Cecilia Isabel Muñoz Varisco, ambos con domicilio en Avenida Las Condes N°11281, comuna de Las Condes, por el acto ilegal y arbitrario en que habría incurrido aquella al no efectuar el reembolso de las prestaciones médicas de salud otorgadas por Clínica Las Condes.

Expresa que con fecha 27 de noviembre de 2017, su representada contrató una póliza Seguro Integral N°201707761 con SEGUROS CLC S.A, contrato que se encuentra vigente desde el 14 de diciembre de 2017 a la fecha.

Indica que como antecedente previo y preexistencia de salud, su representada en el año 2016, en clínica Avansalud, fue diagnosticada con fibromialgia, padecimiento que consiste en: “una alteración crónica que se caracteriza por un historial de dolor diseminado y presencia de dolor a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas”. En consecuencia, dicha enfermedad se caracteriza por ser un disturbio en el procesamiento del dolor, el cual “produce mucho dolor de músculos y huesos, en varios lugares del cuerpo simultáneamente, aunque principalmente en las partes blandas, como músculos, tendones y ligamentos”.

Expone que en ese contexto de dolores corporales que supone la mencionada patología, en diciembre del 2017 su representada fue evaluada en especialidad de Ortopedia y Traumatología de la Clínica Las Condes, por coxalgia bilateral, realizándosele una serie de exámenes que finalmente evidenciaron el verdadero diagnóstico de su afección a la cadera: una rotura labral bilateral en asociación a signos de pinzamiento de cadera, diagnóstico obtenido con fecha 10 de enero de 2018, es decir, el diagnóstico fue realizado en forma posterior a la fecha de contratación del seguro.

En razón a lo anterior y, contando finalmente con el diagnóstico certero, el médico especialista de Clínica Las Condes, Alexander Bent Tomic Loftkjaer, con fecha 10 de enero de 2018, ordenó proceder a la intervención artroscópica de la recurrente, intervención quirúrgica en cuestión que fue realizada en la Clínica Las Condes, dado el seguro que mantenía vigente con SEGUROS CLC S.A., operación que se realiza.

Informa que mediante carta de fecha 24 de septiembre de 2018, SEGUROS CLC S.A. comunicó a la recurrente que se excluía de la cobertura las



hospitalizaciones y procedimientos realizados en Clínica Las Condes con fecha 16 y 23 de mayo del 2018. En dicha misiva se le señaló que: “no procede reembolso por este siniestro, de acuerdo a lo indicado en el Condicionado General, Artículo 4° Definiciones, N°12, artículo 5°, Exclusiones, letra a), Artículo 6°, Obligaciones del asegurado y Artículo 7°, Declaraciones del Asegurado” ya que según la información aportada a la Compañía, existen antecedentes de coxalgia bilateral a lo menos desde Julio de 2017, fibromialgia de Septiembre de 2016, consultas y exámenes relacionados con los riesgos anteriores, los cuales según el parecer de la recurrida, no fueron declarados en la Declaración Personal de Salud, aclarando que todo lo indicado es con fecha anterior a la contratación de la póliza.

Indica que por lo antes expuesto, la recurrida basa su negativa de cobertura en una falsa preexistencia no declarada, negándose a cubrir la prestación de salud que alcanzó los \$23.130.085, tal y como se consigna de las liquidaciones que se acompañan en esta presentación.

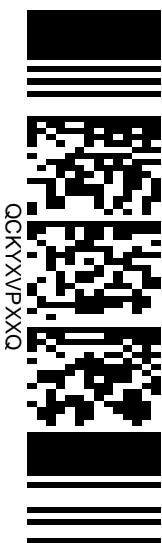
Adiciona que pese a que apeló ante la misma aseguradora, dicha apelación fue rechazada y posteriormente recurrió ante la Comisión para el Mercado Financiero e igualmente sus alegaciones fueron rechazadas, informando esta que no correspondía la naturaleza del reclamo y que ante esos escenarios adversos, nuevamente recurrió ante la aseguradora, con nuevo informe médico, la cual con fecha 13 de febrero del año 2019, SEGUROS CLC S.A. mediante correo electrónico, informa a su representada del nuevo rechazo a la solicitud.

Para concluir reafirma que a la luz de la documentación e informes médicos acompañados en estos autos, se establece de manera indubitada lo siguiente:

a) El cuadro previo de fibromialgia no tiene relación causal con la afección que lamentablemente padece la actora y que es objeto del presente recurso (pinzamiento o pellizcamiento de cadera). Así las cosas, si bien la primera mencionada puede ser una patología que afecte a doña Carmen Bonnefont, la solicitud no incluye la cobertura de prestaciones que se relacionen o provengan de ella.

b) La coxalgia bilateral, afección a la cual alude igualmente SEGUROS CLC S.A., tal y como se ha señalado en diversas ocasiones, corresponde a un dolor en las caderas, no constituyendo por sí misma una patología, sino más bien un síntoma de aquellas.

c) La fecha de diagnóstico de la patología que genera el siniestro, y que deriva en la solicitud de cobertura que en autos se reclama, fue realizada con fecha 10 de enero del año 2018, es decir, de manera posterior a la contratación de la póliza de seguro integral con SEGUROS CLC S.A., efectuada el 14 de diciembre del 2017 y que en consecuencia, la negativa a la cobertura contractual



del siniestro N°201808212 por parte de SEGUROS CLC S.A, evidencia el forzado intento de la recurrida por ampliar el concepto de “preexistencia”, al no existir en este caso un diagnóstico previo a la incorporación de la recurrente al seguro integral contratado, actuando así de forma arbitraria e ilegal.

Que por los hechos latamente expuestos, señala que han sido vulnerados sus derechos señalados en el artículo 19N°1, la protección de la vida y la integridad física y psíquica de la persona, artículo 19 N°9; la protección de la salud y el artículo 19 N°24 el derecho de propiedad.

Por las consideraciones antes expuestas, solicita se acoja el recurso de protección, disponiendo que se adopten las medidas necesarias, en el sentido de instruir imperativamente a la recurrida para que otorgue la cobertura de las prestaciones médicas pactadas en póliza de seguro integral N°201707761, abarcando íntegramente el siniestro denunciado con el N°201808212, con expresa condenación en costas.

**2°.-** Que evacua el informe ordenado don Juan Pablo Pomés Pirotte, abogado, en representación de Seguros CLC S.A., quien expone que el presente recurso es improcedente, porque se está solicitando a esta Ilustrísima Corte que dirima sobre un asunto para el cual no tiene competencia, toda vez que la discusión de un supuesto incumplimiento de su representada a un contrato de seguros, sería una supuesta vulneración a las cláusulas del mismo, solicitando la recurrida por medio de un recurso de protección que se ordene su cumplimiento forzoso, materia que debe ser dirimida mediante arbitraje de conformidad a las propias disposiciones del contrato de seguro y disposiciones legales pertinentes, o subsidiariamente, ante los tribunales ordinarios de justicia, de conformidad a lo dispuesto en el Código de Comercio para tales efectos, ya que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y la compañía, en relación al contrato de seguro y especialmente con aquello que dice relación con su validez, ineficacia, interpretación o aplicación, debe ser resuelta de conformidad a lo dispuesto en el artículo 543 del Código de Comercio.

En segundo lugar, alega que igualmente es improcedente ya que no existe ningún tipo de vulneración a los derechos constitucionales invocados por la actora, indicando que el actuar de su representada lo ha sido de conformidad a la ley vigente y el contrato de seguros suscrito, negando cobertura por la existencia de una preexistencia no declarada.

Expone que el contrato de seguro “Seguro Integral”, se encuentra compuesto de las (1) condiciones generales de la póliza N° 201707761, debidamente inscritas en el registro de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros (hoy Comisión Para el Mercado Financiero) bajo el código POL



320160191, (2) por las condiciones particulares y (3) por la propuesta, en este caso N° 188921, suscrita por la recurrente. El contrato de seguro “Seguro Integral” contratado por la reclamante, inició su vigencia desde el día 14 de diciembre de 2017.

Indica que el requisito esencial del contrato de seguro, es la obligación del solicitante del seguro, en este caso la propia recurrente, de declarar todas las enfermedades preexistentes, así como las circunstancias relevantes o pertinentes para determinar su estado de salud al momento de solicitar la contratación del seguro. Esta declaración es la que permite evaluar el riesgo que asume la compañía, y la que le permite decidir si otorga o no el seguro solicitado y que en dicha declaración de salud, la recurrente sólo informó a la compañía sobre dos preexistencias: síndrome de impactación cubital (derecho), y tiroiditis de Hashimoto. En base al riesgo que ella representaba conforme a la información entregada, se hizo una oferta de seguro, la cual fue aceptada, pactando así una prima y una cobertura.

Aclara que, con respecto al caso concreto, se recibió la solicitud de cobertura de la recurrente, se procedió a revisar la ficha clínica de la misma para determinar que todo estuviera en orden. Sin embargo, se pudo determinar del examen de la ficha clínica que existían antecedentes anteriores a la contratación del seguro de coxalgia bilateral a lo menos desde julio de 2017 (5 meses antes de la contratación), fibromialgia desde septiembre de 2016, y otras consultas y exámenes relacionados con los riesgos anteriores y no declarados y que con fecha 24 de septiembre de 2018 se emitió carta a la recurrente, informando el rechazo de la cobertura solicitada a la luz de los antecedentes de preexistencias no declaradas, decisión que fue apelada, por lo que con fecha 26 de octubre del mismo año se le envió carta ratificando la decisión de la compañía, agotándose de dicha forma el conducto regular para controvertir la decisión de la compañía, sin perjuicio de ello, la recurrente insistió ante la Comisión para el Mercado Financiero, y nuevamente el 15 de enero del presente año la recurrente volvió a apelar de la decisión, la cual fue nuevamente rechazada con fecha 13 de febrero del año en curso, encontrándose al momento de presentarse el presente recurso, absolutamente prescrito el plazo para su interposición, toda vez que con la resolución de fecha 24 de septiembre de 2018 se dio por concluido el caso.

Finaliza señalando que al momento de contratar el seguro, la recurrente sabía de su obligación de declarar respecto de toda su información médica relevante para la apreciación del riesgo, pero, omitió su diagnóstico previo de coxalgia bilateral y fibromialgia, importantes antecedentes de salud, que fueron determinantes para no otorgar cobertura, no existiendo en el actuar de su



representada, infracciones o vulneraciones a los derechos asegurados en la Constitución a la recurrente, por lo que solicita el rechazo del presente recurso con costas.

**3°.-** Que, para la procedencia del recurso de protección es indispensable establecer que el derecho que se invoca como vulnerado, sea indubitado, esto es, claro en su origen y ejercicio, de modo que su interrupción constituya una perturbación o privación ilegítima que permita a la jurisdicción adoptar las medidas necesarias y urgentes para restablecer el imperio del derecho;

**4°.-** Que, en lo que dice relación con la extemporaneidad de la acción planteada por la actora, cabe tener presente que el acto recurrido corresponde a la resolución de la Aseguradora CLC S.A., por la que se comunicaba a la recurrente el rechazo de la cobertura solicitada, lo que ocurrió con fecha 24 de septiembre de 2018. Resolución, que fuera apelada, cuya ratificación le fuera comunicada a la actora con fecha 26 de octubre del mismo año.

Que sin perjuicio de lo anterior, la recurrente insistió ante la Comisión para el Mercado Financiero, y de la resolución de ésta apeló nuevamente, siendo ésta rechazada con fecha 13 de febrero del año en curso, en circunstancias, como se ha señalado que el acto impugnado corresponde a la negativa de fecha 24 de septiembre de 2018 y aún, si se considerara que pudiera computarse el plazo a partir de la resolución de la apelación, el presente recurso sería extemporáneo, toda vez que fue presentado con fecha 15 de marzo de 2019, esto es, más de 30 días de ocurrido el acto que se reprocha, por lo que por esta razón, el presente recurso ha de ser desestimado.

Que, a mayor abundamiento, cabe tener presente que la acción constitucional, por su naturaleza es independiente de cualquier otro mecanismo administrativo y, por tal razón, el plazo para deducirla no puede interrumpirse ni suspenderse en modo alguno, sin perjuicio de otros derechos que haga valer el recurrente por la vía o instancia correspondiente.

**5°.-** Que del recurso fluye con claridad que lo pretendido es que se otorgue cobertura por una contingencia de salud que se estima cubierta por un contrato, materia que excede los márgenes de la acción constitucional que se interpone, pues no es esta la vía procesal para el fin que se persigue, situación que ha de ser dirimida en un juicio de lato conocimiento.

**6°.-** Que así las cosas, por lo razonado precedentemente, la acción cautelar de que se trata, debe ser desestimada, sin perjuicio de otros derechos que la recurrente pueda hacer valer a través de los procedimientos que le franquea la ley para una acertada resolución.



Y de conformidad, además, con lo que dispone el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre la materia, se declara que se **rechaza**, sin costas, el recurso de protección deducido por don Roberto Fasani Puelma a favor de doña Carmen Liliana Bonnefont Molina en contra de Seguros CLC S.A.

Redacción de la Ministro Sra. Solís, quien no firma por ausencia.

Regístrese y comuníquese.

Rol N° 18.684-2019.-



Pronunciado por la Cuarta Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Suplente Nel Patricia Gertrudis Greeven B. y Abogado Integrante Jorge Norambuena H. Santiago, veintiuno de junio de dos mil diecinueve.

En Santiago, a veintiuno de junio de dos mil diecinueve, 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 07 de abril de 2019, 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>.