

Santiago, veintidós de octubre de dos mil catorce.

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE:

PRIMERO: que a fojas 4, recurre de protección don Javier Andrés Lechuga Fernández, con domicilio en calle Profesor Rodolfo Lenz 505 departamento 124, comuna de Ñuñoa en contra de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., representada legalmente por don Francisco Javier García Holtz, ambos con domicilio en calle El Bosque Sur 180, comuna de Las Condes, por cuanto dicha entidad le remitió por correo electrónico, con fecha 12 de agosto de 2014, una comunicación por medio de la cual deja sin efecto su seguro de salud denominado FULLSALUD MAYOR INTERNACIONAL, el cual había sido contratado el 14 de septiembre de 2001, argumentando que lo realizaban en virtud de la interpretación que habrían efectuado de la normativa contenida en la Ley 20.667, dándole la alternativa de tomar un seguro de REEMBOLSO DE PRESTACIONES MEDICAS, cobertura que sería inferior a la que tenía y el cual pretenden dejar sin efecto de manera arbitraria e ilegal y como consecuencia de ello se ha vulnerado la garantía constitucional del artículo 19 N° 24 de nuestra Carta Fundamental, toda vez que existe un contrato de seguro vinculante para ambas partes y la recurrente, sin justificación alguna , pretende dejarlo sin efecto en forma unilateral, obligándolo a perder sus beneficios que durante 13 años ha tenido, habiendo pagado en el mes de agosto todo el año 2014.. Destaca que le parece curioso que ahora, cuando se acerca el momento en que aumenta la posibilidad de usar dicho seguro, por cuanto con los años aumenta la posibilidad de sufrir enfermedades, se pretenda dejarlo sin efecto o disminuir en forma brutal los beneficios, aduciendo una interpretación que la recurrente hace de la ley.

Agrega que conforme a los artículos 1545 y 1546 del Código Civil, los contratos válidamente celebrados, son una ley para los contratantes y no pueden ser invalidados sino por el consentimiento mutuo o por causas legales y además que estos deben ejecutarse de buena fe y obligan a todo lo que en

ellos se expresa y además de las que emanan de la naturaleza de la obligación. Es la Jurisprudencia que reiteradamente ha sostenido la Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago, a propósito del alza en los planes de salud por parte de las Isapres, en forma unilateral.

Finalmente señala que la recurrida, al dejar sin efecto el contrato de seguro singularizado o reemplazarlo por otro, constituye no solo un acto ilegal, sino que además arbitrario, resultando procedente su impugnación por esta vía, conforme lo señala el artículo 20 de la Carta Fundamental, configurándose una vulneración a la garantía constitucional contemplada en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política de la República, esto es el derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales e incorporales, como sería el presente caso.

Por lo reseñado, solicita se admita a tramitación el presente recurso y en definitiva acogerlo, declarando que la resolución recurrida en orden a dejar sin efecto el contrato de seguro denominado FULLSALUD INTERNACIONAL o en su defecto reemplazarlo por otro denominado de REEMBOLSO DE PRESTACIONES MEDICAS, el cual tiene menores beneficios, no sólo es un acto ilegal, sino también arbitrario y disponer, en consecuencia, que el primero debe mantenerse sin variación alguna, sin poder modificar ni el monto que por él se paga, ya que su precio se encuentra fijado en unidades de fomento, ni los beneficios contratados, todo ello, con costas.

En el primer otrosí de su presentación, acompaña copia del correo electrónico de fecha 12 de agosto ya aludido.

SEGUNDO: Que, en su informe evacuado a fojas 55, don Guillermo José Valenzuela Brito, en representación según acredita de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., en adelante también “Consorcio”, expone que desde ya solicita el rechazo del presente recurso con expresa condena en costas, en base a los antecedentes de hecho y de derecho que a continuación señala; (I) por resultar improcedente la acción cautelar interpuesta por la recurrente para revisar los hechos presentados; (II) porque

no existe acto ilegal alguno imputable a Consorcio; (III) porque tampoco existe acto arbitrario de Consorcio; y/o (IV) porque su representada ha actuado siempre de buena fe.

Agrega que con fecha 14 de septiembre de 2001, don Javier Lechuga Fernández contrató con Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., la póliza de seguro Vida Activa 662456, cuya cobertura principal de fallecimiento se encuentra regulada por las Condiciones Generales Incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, en adelante SVS, bajo el Código POL 297030. También con dicha fecha fue contratada la cobertura Adicional FullSalud específicamente regulada por el código CAD 295059. Posteriormente se agregó en mayo de 2002 la cobertura de Beneficio por Accidente, regulada bajo el código CAD 292139. Expone que todas las pólizas de seguros que se comercializan en el país se componen de una o más coberturas diferentes, cada una de las cuales se regulan mediante sus respectivas Condiciones Generales, las que se encuentran registradas en el Depósito de Pólizas de la SVS, el cual es de acceso público y sobre el cual la SVS mantiene control y facultad de prohibición de comercialización, a fin de garantizar que sus textos se encuentren acordes a los requerimientos legales y administrativos pertinentes. A estos efectos, los textos de Condiciones Generales de coberturas principales se registran con un Código POL, mientras que las condiciones Generales de coberturas adicionales tienen código CAD . Precisa que al ser contratada una determinada cobertura, forman parte del contrato de seguro tanto sus Condiciones Generales como sus Condiciones Particulares, las cuales se generan en particular para cada póliza de acuerdo a los contenidos mínimos establecidos tanto en el Título Octavo del Código de Comercio, como en la Circular 2123 emitida por la SVS. De esta forma, a una cobertura principal regulada en unas Condiciones Generales determinadas bajo un POL debidamente depositado en la SVS y sus consiguientes Condiciones Particulares, se le pueden anexar Coberturas Adicionales, a través de la

incorporación a dicha póliza de Condiciones Generales depositadas en la SVS bajo un determinado código CAD, junto con sus respectivas Condiciones Particulares. En base a esta estructura, las Coberturas Adicionales se sujetan a lo indicado en las Condiciones Generales y particulares que la regulan de manera específica, siéndoles aplicables las Condiciones Generales de la Cobertura Principal, sólo en aquello que no se encuentre expresamente regulado en dicha Cobertura Adicional. Por lo expuesto, hace presente que en la póliza del señor Lechuga, se da precisamente la situación en que las coberturas que componen su contrato de seguro contienen regulaciones diferentes para ciertas materias, entre ellas, los períodos de vigencia de las coberturas. Así, mientras las Condiciones Generales de la Cobertura Principal de fallecimiento (POL 297030) señalan en su artículo 10 que la vigencia de dicha cobertura dura hasta que el asegurado cumpla 99 años (sin perjuicio de la ocurrencia de algunos de los hechos ahí descritos que pueden poner término a la póliza), la cobertura de FullSalud es de renovación anual. Lo anterior se encuentra claramente indicado en las respectivas Condiciones Generales del CAD que lo regula (CAD 295059 denominado “Cláusula Adicional de Prestaciones médicas”), el cual señala en forma expresa: Artículo 9: DURACION ADICIONAL. “Este adicional tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial. Su renovación será automática al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario a través de carta certificada y por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento. En caso que algún asegurado se encuentre hospitalizado a la fecha de término de este adicional, la compañía aseguradora seguirá cubriendo solamente aquellos gastos relacionados directamente con esa hospitalización y hasta un plazo máximo de sesenta días, contados desde la fecha de término del seguro”.

De esta forma, la Compañía está absolutamente autorizada para no renovar por un nuevo período anual la cobertura señalada, sin que ello pueda afectar obviamente la vigencia de las otras coberturas, las cuales se rigen por

sus propias condiciones de vigencia (y que en la póliza del señor Lechuga se mantienen vigentes de acuerdo a lo contratado). Es decir, que la compañía decida no renovar una cobertura anual, no constituye un acto arbitrario y/o ilegal como antojadizamente sugiere el recurrente, pues simplemente obedece al legítimo ejercicio del derecho establecido en el contrato que es ley para los contratantes, derecho que, por su naturaleza, puede ser ejercido unilateralmente. De esta manera y en cumplimiento a los requisitos establecidos en la póliza, motivados por la intención de no renovar Condiciones Generales cuya comercialización se encuentre prohibida y que no se ajusten a los requerimientos surgidos a través de las trascendentales modificaciones introducidas al Código de Comercio por la Ley 20.667 que entró en vigencia el 1° de Diciembre de 2013, han notificado a don Javier Andrés Lechuga Fernández sobre el ejercicio de la Compañía del derecho establecido en el CAD 295059 de no renovar dicha cobertura por un nuevo período anual .

Sin perjuicio de lo anterior y con el espíritu de no dejar desprotegidos a sus asegurados, ofrecieron la contratación de una cobertura homóloga denominada Reembolsos de Prestaciones Médicas, depositada en la SVS bajo código POL 220131558, que ha sido desarrollada con objeto de cumplir los estándares requeridos por la Ley y la normativa de la SVS, y ofrecida con beneficios que dan cuenta de su buena fe: (I) sin que opere un proceso de suscripción previo, lo que en la práctica significa reconocer la fecha de incorporación original a la cobertura sin volver a evaluar el estado de salud de los asegurados en base a su situación actual; (II) sin períodos de carencia;(III) plazo de 12 meses dentro del cual los asegurados podrán solicitar el término de la nueva cobertura recibiendo un reembolso por lo pagado por concepto de primas de dicha cobertura; y (IV) los siniestros en curso mantienen su cobertura. Hace presente además que han mantenido los precios pagados por esta cobertura (en UF).

De lo anterior se desprende que esta nueva cobertura pretende continuar protegiendo al asegurado en orden a las nuevas disposiciones establecidas por la Ley 20.667, estando éste facultado a no contratar dicha cobertura si no es deseada. Hace presente que por razones técnicas, no ha sido posible otorgar esta cobertura por medio de un CAD, ya que éstos sólo pueden anexarse a algún POL que sea compatible (vale decir, posterior al 1 de diciembre), por lo que la cobertura que han desarrollado se encuentra contenida en el Código POL 220131558, no afectando obviamente lo que se indique en las otras coberturas que componen la póliza con respecto a su vigencia, es decir, la cobertura principal de fallecimiento sigue manteniendo su vigencia. Además, la vigencia de esta nueva cobertura, es anual, al igual que la anterior de FullSalud, lo cual se aclara dada la aparente confusión que al respecto evidencia el recurso presentado.

Atendido lo señalado precedentemente, queda de manifiesto de manera clara que la apreciación del recurrente en el sentido de estarse afectando algún derecho por una supuesta modificación a alguna condición de la cobertura reclamada, carece completamente de veracidad.

Por otra parte, y en consideración a todo lo indicado, hace presente que de la naturaleza contractual de los hechos que pudieren significar una controversia de acuerdo a lo señalado por el recurrente en su presentación, el asunto ha de ser conocido de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales del POL 297030, el cual contiene una cláusula arbitral que sustrae el conocimiento de los conflictos que se susciten entre las partes a los Tribunales Ordinarios de Justicia, entregándole dicho conocimiento a jueces especiales, en particular, a jueces árbitros. Es decir, en función de principios comerciales y procesales se ha remitido la competencia de los Tribunales Ordinarios a jueces especiales, constando lo anterior en el artículo 21 de las Condiciones Generales aplicables a todas las coberturas de la póliza, el cual transcribe.

Concluye el recurrido reiterando que: (I) resulta improcedente la acción cautelar interpuesta, toda vez que la situación que estaría supuestamente afectando algún derecho adquirido cuya prohibición de ejercicio se estaría reclamando, no es más que el reclamo sobre la aplicación de una cláusula contractual, cual es el artículo 9 del CAD 295059 transcrito, no siendo ésta la vía idónea para solucionar conflictos respecto a la interpretación de las cláusulas contractuales, desvirtuando esta importante herramienta destinada a resguardar aquellos derechos expresamente contemplados en el artículo 20 de la Constitución Política, correspondiendo al árbitro que se designe, la competencia para conocer de las materias que regula el contrato de seguro; (II) no existe acto ilegal de parte de dicha compañía que haga procedente este recurso, toda vez que es menester conforme lo dispone el artículo 20 de la carta Fundamental, que exista un acto arbitrario o ilegal, que además prive, perturbe o amenace algunas de las garantías constitucionales protegidas, existiendo jurisprudencia al respecto, que incluso señala que no requiere pronunciamiento si los recurrentes no han sufrido privación, perturbación o amenaza a un derecho constitucionalmente garantizado, si el acto impugnado no es ilegal o arbitrario, citando doctrina y jurisprudencia sobre el punto; (III) tampoco existe arbitrariedad en su actuar, pues su representada no ha hecho más que ejercer un derecho establecido en un contrato, sin haber actuado bajo ningún concepto en forma irracional o ilógica, desproporcionada, injusta o prejuiciosa, es más, se ha preocupado de no dejar descubierto al asegurado, otorgándole una cobertura homóloga al mismo precio, sin evaluación de salud y ofreciendo además la posibilidad de recuperar la prima pagada por el primer año de vigencia; (IV) actuación de buena fe y dando estricto cumplimiento a la normativa que la regula, no existiendo reitera acto ilegal o arbitrario que le sea imputable. El contrato de seguros ha sido contratado de manera transparente y con pleno conocimiento del asegurado y los ajustes contractuales discutidos en autos, sólo buscan el desarrollo de seguros que se

ajusten a la normativa legal vigente y que sean beneficiosos para los asegurados.

Por lo anterior, solicita el rechazo del presente recurso, con costas. Adjunta a su presentación en el primer otrosí, personería que lo habilita para representar a la recurrente, copia simple de las Condiciones Generales Código Pol 297030 y, condiciones generales Código POL 220131558.

TERCERO: Que, para la procedencia del recurso de protección se requiere, como requisito esencial, que quien lo intente, justifique la existencia de un derecho constitucionalmente protegido, que haya sido objeto de perturbación o privación del legítimo ejercicio de dicho derecho, siendo 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.

CUARTO: Que, conforme lo expuesto en el libelo de fojas 4, los actos arbitrarios e ilegales en que el recurrente funda su acción, dicen relación con la modificación unilateral efectuada por la Compañía de Seguros recurrente, respecto al contrato de seguros relativa a la póliza adicional Full Salud CAD 295059, que éste mantenía con la citada compañía, celebrado entre las partes desde el año 2001, lo que en su concepto le resultaría perjudicial dado que no cubriría los mismos eventos, o diversa cobertura en sus montos, vulnerándose, en su concepto, su derecho de propiedad respecto de los derechos que emanan del citado contrato, derecho contemplado en el artículo 19 N° 24 de la Constitución Política.

QUINTO: Que, de los antecedentes aportados tanto por el recurrente como por el recurrido, consta que efectivamente entre las partes se suscribieron diversos contratos de seguros, en lo que nos interesa, uno principal, por fallecimiento COD POL 297030 el que por su propia naturaleza, tenía diversas causales de terminación según consta en el documento

acompañado a fojas 18, en su artículo 10 al tratar de la vigencia de la referida póliza; y uno adicional al interior, relativo a cobertura de salud denominado Full Salud cuyo código es CAD 295059, acompañado desde fojas 44 en adelante, donde se lee en su artículo 9 relativo a su duración, que ésta tendrá una duración de un año, contado desde su fecha de vigencia inicial, siendo su renovación automática al final del periodo, a menos que alguna de las partes manifieste su opinión en contrario, a través de carta certificada, y por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento.

SEXTO: Que , de lo anterior se colige que la compañía de seguros se encontraba facultada para poner término al citado contrato de seguro conforme a lo estipulado en el artículo 9 del documento denominado CAS 295059 ya citado, por ser el referido contrato de duración anual, e independientes sus causales de terminación del contrato principal al cual accedía, cual era el COD POL 297030, sin que conste que sea exigencia para ejercer dicha facultad, la expresión de causa alguna, debiendo comunicarse dicha decisión por carta certificada remitida al actor con al menos un mes de anticipación a la fecha de vencimiento.

SEPTIMO: Que, consta del documento acompañado a fojas 1 consistente en copia de correo electrónico remitido de: Consorcio Informa al actor, que con fecha 12 de agosto del presente, la recurrente comunica su decisión de no renovar el citado contrato de salud FullSalud CAD 295059, contratado a partir de septiembre de 2001, agregando que con el objeto de proteger sus intereses, le informa que a partir de septiembre de 2014 le otorgarán una nueva cobertura denominada de Reembolso de Prestaciones Médicas, sujeto al POL 220131558, refiriendo sus principales características, las que detalla. En su parte final se lee que con esa misma fecha le remiten dicha información vía correo físico a la dirección registrada en sus sistemas.

OCTAVO: De lo antes expuesto resulta incuestionable la facultad de la recurrente de haberse encontrado habilitada para poner término al contrato aludido en forma unilateral, por haberse así pactado contractualmente según el

artículo 9 ya citado, sin perjuicio de lo cual, no lo es menos que para ello requería cumplir con dos requisitos, a saber 1.- el envío de carta certificada, y 2.- con al menos 30 días de anticipación, lo que no consta haberse cumplido, pues la comunicación del término de contrato, según consta a fojas 1, lo fue mediante correo electrónico, y dicha comunicación fue efectuada con fecha 12 de agosto, aludiéndose a que ...” a partir de septiembre de 2014, le están otorgando una nueva cobertura de Reembolso de Prestaciones Médicas, sujeta a....”, con lo que tampoco se cumple el requisito de la anticipación del aviso con al menos 30 días a la fecha de término de vigencia.

NOVENO: De esta forma, no resulta ajustado al contrato, el haber obviado la recurrida las formalidades acordadas por las partes al celebrar el convenio citado, el que obligaba a cada una de ellas a comunicar a la otra, mediante carta certificada remitida con al menos 30 días de anticipación, su decisión de no perseverar en el mismo, quedando de manifiesto que actuó sin fundamento y por mera voluntad de su parte, contraviniendo los términos del contrato válidamente celebrado entre las partes, lo que deviene su actuar en arbitrario e ilegal, en tanto resulta desprovisto de razonabilidad afectando su cobertura de salud que mantenía desde hace varios años ya, vulnerando un derecho válidamente incorporado al patrimonio del recurrente, actuando con desapego a la legalidad que le imponía el contrato, cuestión que nuestro ordenamiento jurídico rechaza en todas sus formas.

DECIMO: Que, sobre la base de lo concluido precedentemente, concurren en la especie los presupuestos que permiten acoger la presente acción tutelar de derechos constitucionales a fin de restablecer el imperio del derecho, razón por la cual debe ser acogido el presente recurso en los términos que se indicarán en lo resolutivo

Por estas consideraciones y de acuerdo, además, con lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República, **se acoge** el recurso de protección deducido en lo principal de fojas 4, en contra de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.

legalmente representada por don José Guillermo Valenzuela Brito, sólo en cuanto se declara que el contrato suscrito entre las partes contrato de salud FullSalud CAD 295059 se encuentra vigente, mientras no se proceda a ponerle término conforme a las estipulaciones contenidas en su clausula novena del citado contrato.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Redacción de la Ministro suplente señora Toro.

Protección N° 50.934-2014.

Pronunciada por la **Tercera Sala de esta Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago**, presidida por la Ministra señora Gloria Solís Romero, conformada por la Ministra suplente señora Viviana Toro Ojeda y el Abogado Integrante señor Ángel Cruchaga Gandarillas.

Autoriza el (la) ministro de fe de esta Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago.

En Santiago, a veintidós de octubre de dos mil catorce, se notificó por el estado diario la sentencia que antecede.