

C.A. de Santiago

Santiago, uno de junio de dos mil veinte.

A los folios N° 27 y 28: a todo, téngase presente.

**VISTOS Y TENIENDO PRESENTE:**

**Primero:** Comparece Carlos Alberto Núñez Muñoz, Médico Cirujano, domiciliado en Vicente Pérez Rosales 231, La Reina, interpone recurso de protección en contra de la Compañía de Seguros CLC S.A., del giro salud previsional, representada legalmente por su gerente general doña Cecilia Isabel Muñoz Varisco, por haber incurrido estas en un acto ilegal y arbitrario consistente en mantener su decisión negativa de pago del siniestro denunciado por preexistencia, lo que vulnera sus garantías fundamentales del número 1 y 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República; solicita que se declare que la compañía recurrida debe otorgar la cobertura pactada en el contrato de seguro, disponiendo el reembolso de los gastos asociados al diagnóstico y tratamiento del Linfoma no Hodgkin de células grandes B del centro germinal, con costas.

Refiere, que el 24 de julio de 2019 se sometió a una biopsia abierta y luego, de ratificar los resultados por una segunda biopsia de las mismas muestras y por otro especialista realizado en la misma Clínica; se le diagnostico' Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes de origen centro germinal, en la región mastoidea izquierda.

Indica, que dicha intervención fue realizada producto de que a comienzos del mismo mes presentó una paresia facial izquierda con dolor mastoideo y paresia de hipogloso del mismo lado, respecto de la cual solicitó cobertura, la que le fue denegada.

Señala, que el 26 de noviembre de 2019, mediante correo electrónico, la recurrida le informo' el rechazo de su recurso de apelación interpuesto contra la negativa de pago del siniestro denunciado N° 201930608, del Seguro Vive Mejor ofrecido por aquella a través de la Clínica Las Condes, por la hospitalización.

Indica, que en dicha comunicación mantuvo su decisión de no realizar el reembolso solicitado, señalando que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza de Seguro Vive Mejor, es condición para que la



cobertura opere la validez de las declaraciones del asegurado en relación al estado de salud y patologías, al momento de contratar la póliza.

Hace presente, que conforme el certificado que acompaña, emitido por su médico tratante y que atiende en la misma Clínica Las Condes, la lesión respecto de la cual se operó es producto de un Linfoma no Hodgkin de células grandes B del centro germinal, que es una entidad total y completamente distinta al Linfoma diagnosticado hace más de 20 años, no solo porque en aquella época se trataba de un Linfoma no Hodgkin de células B, rico en células T, sino que además de ser una entidad distinta, esta se encontraba en un lugar absolutamente distinto al actual, ya que en dicha oportunidad, se alojó en el riñón y el actual está ubicado en la región mastoidea izquierda.

Agrega, que se encontraba absolutamente curado y dado de alta del Linfoma de riñón de células B rico en células T, pues hace 20 años se tomó la decisión de extirparle el riñón afectado, eliminando de forma definitiva cualquier posible consecuencia y que desde hace más de 15 años que no requiere de controles de ningún tipo, que pudieran hacer presumir siquiera alguna posibilidad de recaída.

Sostiene, que el seguro contratado es ofrecido por la Clínica Las Condes, institución en la que hace 20 años se realiza todos sus tratamientos médicos y chequeos, por lo que la recurrida no puede alegar desconocimiento de su estado de salud, ya que cualquier antecedente que pudiere hacer dudar de la real fecha del diagnóstico constaría en su ficha clínica que se encuentra en poder o a disposición de la compañía.

Afirma, que al momento de contratar le informó a la ejecutiva encargada que hace 20 años tuvo una patología al riñón, quien le señaló que no era necesario declararlo atendido el tiempo transcurrido desde que fue diagnosticado, el hecho de que hace más de 15 años no ha requerido de controles y que sus controles siempre los efectúa en dicha clínica.

Argumenta, que conforme lo dispone el artículo 591 del Código de Comercio, que define expresamente lo relativo a enfermedades y dolencias preexistentes es un requisito indispensable tener un diagnóstico médico fidedigno que establezca con certeza la preexistencia de la enfermedad y que esté directamente relacionada con las intervenciones quirúrgicas por las que



se solicita la cobertura y, además, que el asegurado tenga cabal conocimiento del pronóstico antes de la firma del contrato, lo que no ocurre en el caso.

Refiere, que no le cabe responsabilidad alguna, por cuanto, al momento de contratar el seguro no existía tal padecimiento, siendo la opinión unánime de los médicos especialistas que lo han tratado; ni constaba la misma de los exámenes realizados con anterioridad a la fecha de contratación del seguro, por lo que difícilmente puede declarar algo de lo cual no estaba en conocimiento ni podría estarlo.

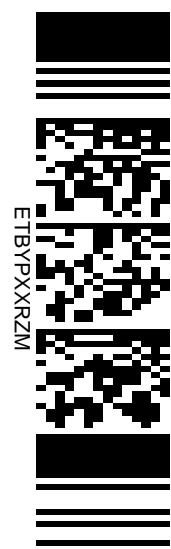
Manifiesta, que las posibles exclusiones autorizadas en una póliza de seguros de salud sólo deben estar asociadas a las consecuencias posteriores directas al diagnóstico principal, lo que en el presente caso tampoco se da, por cuanto la patología que ahora pretende excluir la recurrente no sólo tiene un origen distinto, sino que también se encuentra ubicada en un área completamente diferente y alejada.

Señala, que en el año 2013 fue tratado por el Dr. José Miguel Selman Rossi por un Schwannoma benigno, el cual reapareció a finales del año 2018 y en febrero del 2019, respecto del que se realizó la resección radical sin mayores consecuencias neurológicas. Producto de lo que, entre finales del año 2018 y febrero del año 2019, se realizó en la misma clínica, innumerables exámenes como RM y TAC, en la misma zona donde se ubica la actual lesión, los que en ningún momento arrojaron ningún resultado que hiciera sospechar siquiera de la existencia de algún indicio de la misma.

En cuanto a sus garantías fundamentales, afirma que se vulnera su derecho de propiedad adquirido al suscribir el contrato de seguro, pues la recurrente pretende de manera unilateral resarcirse y evitar costos que son inherentes de su giro, incumpliendo sus obligaciones contractuales, infringiendo el artículo 1545 del Código Civil; y conculcando los derechos que adquirió respecto al contrato de seguro.

Manifiesta, que el actuar de la recurrente afecta y lo priva de la protección de su derecho a la vida, integridad física y psíquica.

**Segundo:** Comparece Juan Pablo Pomés Pirotte, abogado, en representación de Seguros CLC S.A., quien informando respecto del recurso solicita su rechazo con costas.



Previo a informar respecto del recurso, indica que es una compañía de seguros, creada de conformidad a la legislación nacional que regula a las empresas aseguradoras y que participa del mercado de seguros, no siendo su giro el de la salud previsional.

En primer término, alega que se pide a la Corte que dirima un asunto para el cual no tiene competencia, pues la discusión recae en un supuesto incumplimiento de un contrato de seguros, materia que debe ser dirimida de conformidad a las propias disposiciones del contrato de seguro y de la ley, mediante arbitraje, o subsidiariamente, de conformidad a lo dispuesto en el Código de Comercio para tales efectos, lo que ha sido ratificado en forma unánime por los Tribunales Superiores de Justicia, cita jurisprudencia al efecto.

Refiere, que al respecto el artículo 21° de las condiciones generales de la póliza POL 320160191 y el artículo 543 del Código de Comercio, 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 interpretación o aplicación, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquier indemnización u obligación referente al mismo; debe ser resuelta por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes o nombrado por la justicia ordinaria.

Indica, que no obstante ello, el asegurado podrá por sí solo y en cualquier momento, someterse al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

En segundo lugar, refiere que el recurso debe ser rechazado por cuanto no existe ningún tipo de vulneración a los derechos constitucionales invocados por la actora, ya que su parte ha obrado de conformidad a la ley vigente; y a la ley del contrato.

Señala, que el recurrente suscribió un seguro denominado “Vive Mejor” cuyo número de póliza corresponde al 201900818, que entró en vigencia el 08 de febrero de 2019, el que se encuentran compuesto por las condiciones generales de la póliza; debidamente inscritas en el registro de pólizas de la



Comisión para el Mercado Financiero o CMF; por las condiciones particulares y por la propuesta, en este caso N° 1012764, suscrita por el recurrente.

Refiere, que constituye un requisito esencial del contrato de seguro la obligación del solicitante del seguro 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, pues ello permite evaluar el riesgo que asume la compañía y decidir si otorga o no el seguro solicitado.

Recalca, que dicha declaración de salud es la única forma que tienen para conocer el estado de salud de los contratantes, toda vez que existe prohibición legal de poder revisar fichas médicas u otros documentos.

Sostiene, que en virtud de la declaración de salud el recurrente, en la que informó sus antecedentes de salud relevantes omitió algunas preexistencias; se hizo una oferta de seguro, la cual fue aceptada, pactando así una prima y una cobertura.

En cuanto a los hechos, refiere que el recurrente fue hospitalizado en Clínica Las Condes el día 27 de febrero de 2019 por un Neuroninoma C3-C4, producto de lo que se procedió a revisar el caso para determinar la pertinencia de otorgar cobertura, examinando su ficha clínica ante la autorización expresa del actor. Sin embargo, afirma que al revisar la ficha se constató que existían preexistencias no declaradas, las que llevaron en su oportunidad a rechazar la solicitud de cobertura.

Posteriormente, indica que el 24 de julio de 2019 el actor volvió a hospitalizarse en Clínica Las Condes, por Linfoma Craneal, la que fue informada en forma automática a Seguros CLC, tal como lo dispone la póliza; por lo que se recibió por la empresa la información sobre la hospitalización y se inició el proceso de revisión del caso para determinar la pertinencia de otorgar cobertura a este nuevo siniestro, el que recibió el número 201930608.

Manifiesta, que conforme a las cláusulas de la póliza, el nuevo siniestro también debía ser rechazado por las mismas preexistencias encontradas en el estudio de los antecedentes médicos realizados a principio de año, específicamente respecto del Linfoma de células grandes desde a lo menos 20 años; que el recurrente omitió declarar cuando se le preguntó en la casilla m) de la pregunta N°4 de la Declaración Personal de Salud, si padecía, tenía



conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por cáncer, quistes, tumores o nódulos.

Agrega, que es el propio recurrente quien reconoce haber sido diagnosticado y tratado por un Linfoma hace 20 años.

Alega, que conforme el contrato de seguros celebrado entre las partes, específicamente la propuesta N°1012764 llenada de su puño y letra, declaró la exactitud y sinceridad de las declaraciones expresadas y que nada omitió ni ocultó, como asimismo que una declaración falsa o incompleta o la negativa a entregar la información referida, facultaba a la compañía para poner término anticipado del contrato y la liberaba del pago del siniestro.

En razón de ello, sostiene que el 25 de octubre de 2019 se emitió carta informando el rechazo de la cobertura solicitada a la luz de los antecedentes de preexistencias no declaradas, contra la que el recurrente interpuso recurso de apelación, la que fue estudiada y, finalmente, rechazada.

Tras referir la regulación del contrato de seguro, sostiene que no ha obrado de manera ilegal ni arbitraria, pues conforme lo disponen los artículos 512, 524, 530, 539 del Código de Comercio y el artículo 6º de las obligaciones del asegurado, al momento de contratar el seguro el recurrente sabía de su obligación de declarar respecto de toda su información médica relevante para la apreciación del riesgo, pues sólo en base a esa declaración Seguros CLC S.A. podía evaluar el riesgo que representaba asegurarlo, pero omitió haber padecido algunas enfermedades, como el Linfoma, a pesar de habersele preguntado expresamente.

Refiere, que conforme lo disponen los artículos 5º y 7º la póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado, por lo que la cobertura otorgada no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes.

Finalmente, afirma que no ha incurrido en una vulneración a las garantías constitucionales de la recurrente. En cuanto a su derecho a la propiedad, señala que el mismo no se conculca pues sólo se aplicaron disposiciones contractuales, del contrato de seguro y de la legislación de



ETBYPXXRZM

seguros, por lo que no se afecta toda vez que no existe el ningún derecho incorporado a su patrimonio de la recurrente.

Respecto a su derecho a la vida y a la integridad física y psíquica señala que el recurrente no analiza cómo se ha vulnerado la misma, sino que sólo se limita a decir que la decisión de no dar cobertura y de poner término al contrato la afectan.

**Tercero:** Que la acción cautelar deducida en estos autos protege a los individuos mediante la adopción de ciertos resguardos que eviten los efectos de un acto arbitrario o ilegal que haya afectado el ejercicio de un derecho o garantía protegido.

**Cuarto:** Que por esta vía se busca la protección de las garantías contempladas en los números 1 y 24 del artículo 19 de la Carta Fundamental, las que según el recurrente han sido afectadas con la comunicación a su parte de fecha 26 de noviembre de 2019, mediante la cual se rechazó apelación contra la decisión que niega las coberturas solicitadas en razón de lo previsto en el Condicionado General, artículo 4° y artículo 5° -exclusiones- y 7° -declaraciones del contratante y del Asegurado-, esto es, por tratarse de reembolsos que tienen su origen en "*enfermedad y dolencia preexistente*", por cuanto "*existen antecedentes de linfoma de células grandes, desde hace 20 años*".

El seguro contratado entró en vigencia el 8 de febrero de 2019, según Póliza N° 201900818 y consta de autos que el médico tratante –Dr. Selman Rossi- emitió un informe señalando que "*esta lesión no se veía en Diciembre de 2018 ni en ninguna de las resonancias ni TAC previos, que fueron varios. Esta lesión no tiene ninguna relación con su Schwannoma (operado en el año 2013). Se opera efectuándose resección de infiltrado tumoral cuya biopsia demostró que se trata de un linfoma, e inicia tratamiento oncológico. Cabe señalar que la lesión y el Schwannoma no están relacionadas, y que nunca presentó síntomas previos relacionados a esta última lesión*". Consta igualmente de autos que los primeros síntomas se presentaron a comienzos de julio de 2019 debido a una paresia facial izquierda con dolor mastoideo y paresia de hipogloso del mismo lado. También se acompañó a los autos un certificado suscrito por el Dr. Jorge Gutiérrez en el cual se lee que "*el Dr. Carlos Núñez Muñoz presentó hace más de 20 años un Linfoma de células B*



ETBYPXXRZM

*rico en células T. Logró la cura de esa enfermedad lo que queda confirmado por el largo tiempo sin recaídas. Actualmente presenta otro Linfoma distinto, células grandes B del centro germinal. Es una entidad distinta y no recaída de la enfermedad anterior”.*

**Quinto:** Que es del caso consignar que la norma contractual que se cita para negar la cobertura que se reclama, define claramente lo que debe entender por preexistencia, señalando: “a) *Enfermedades o Dolencias o Situación de Salud Preexistentes: Se entiende por tales aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro (...)*”, es decir, es de la esencia que se trate de un diagnóstico previo y que éste sea conocido por el contratante, nada de lo cual se ha verificado en el caso de autos, conforme se desprende de los antecedentes acompañados a la causa.

**Sexto:** Que la patología operada en el año 2013 –Schwannoma benigno y el Linfoma difuso de células grandes B rico en células T del que fue tratado hace más de 20 años, impide afirmar lo que la recurrente expresa por cuanto esos antecedentes médicos según los facultativos de la Clínica Las Condes que emiten los certificados acompañados a la causa, ninguna relación tienen con el actual diagnóstico y enfermedad. En efecto, se ha logrado acreditar en la causa que se está ante una nueva y grave enfermedad, diagnosticada luego de varias consultas con especialistas, exámenes y biopsias, en julio de 2019. A lo anterior, se agrega que el recurrente es paciente de la Clínica Las Condes donde ha sido atendido por cada una de las dolencias que le han afectado en los últimos 20 años y que el Linfoma anterior se ubicó en el riñón el cual fue extirpado, encontrándose curado y dado de alta.

**Séptimo:** A lo anterior se agrega que el requisito contractual antes citado, sólo reproduce la norma del artículo 591 del Código de Comercio, lo que lleva necesariamente a concluir que el presupuesto exigido es un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad y que sea esa dolencia la que genere los gastos médicos. Por otro lado, si el recurrente no había sido diagnosticado en febrero de 2019 de la enfermedad que se relaciona directamente con las intervenciones quirúrgicas y gastos por los que pide extender la cobertura, ha de concluirse que la situación del recurrente no se encuentra en la hipótesis de exclusión que la recurrente le



aplica, lo que determina la ilegalidad del actuar de ésta, por cuanto no puede exigirse al recurrente declarar una situación de salud respecto de la cual carecía de información y conocimiento.

**Octavo:** Que por lo antes considerado, la conducta de la recurrida afecta la garantías previstas en el artículo 19 N° 1 y N° 24 de la Carta Fundamental, al negarse otorgar las coberturas económicas que son consecuencias del tratamiento de una patología no preexistente, motivo por el cual corresponde hacer lugar al recurso interpuesto para restablecer el imperio del derecho que afecta seriamente la salud del recurrente y sus posibilidades de recuperación.

Por estos fundamentos y en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, y en el Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación del Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, se **declara que se acoge**, sin costas, el recurso de protección interpuesto por don **CARLOS ALBERTO NÚÑEZ MUÑOZ** y, en consecuencia, se dispone que la recurrida deberá dar cobertura respecto de los reembolsos rechazados, según los términos del contrato de seguro vigente con la Compañía SEGUROS CLC S.A.

**Regístrate y comuníquese.**

**NºProtección-178800-2019.**



Pronunciado por la Sexta Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Jessica De Lourdes Gonzalez T., M.Rosa Kittsteiner G., Gloria Maria Solis R. Santiago, uno de junio de dos mil veinte.

En Santiago, a uno de junio de dos mil veinte, 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 05 de abril de 2020, 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>