

Concepción, diecinueve de agosto de dos mil veinte.

VISTO:

Comparecen Rodolfo Nicolás Iglesias Iglesias y Felipe Andrés Salazar Latorre, abogados, en beneficio de doña **MARIBEL ANDREA LÓPEZ SEPÚLVEDA**, chilena, prevencionista de riesgos, todos domiciliados solo para estos efectos en calle Castellón 343, oficina 204, comuna de Concepción, y deducen recurso protección en contra de **COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por Enrique Javier González Fiegelist, , ambos domiciliados en Luis Thayer Ojeda 166, piso 6, comuna de Providencia, Santiago

Señalan que doña Maribel Andrea López Sepúlveda se encuentra vinculada con la Compañía de Seguros Colmena, por ser beneficiaria en referencia a la Póliza De Seguro Individual Colmena Vida Temporal Con Devolución De Primas”, N° 1011800687, con Cobertura por Fallecimiento, registro S.V.S, N° POL 2 2013 1473 de Seguros de Vida, quedada al fallecimiento de su marido Miguel Rozas Cerna, a la cual debió dar cobertura , por un monto de 1.500 UF, lo que fue rechazado por acusar preexistencia por parte del asegurado, quien contrató dicha póliza el 28 de mayo del año 2018, desconociendo padecer de cualquier patología, por no existir a la fecha de contratación diagnóstico médico alguno, por lo que malamente pudo haber declarado algo inexistente o desconocido por ella a la recurrida Colmena Compañía de Seguros, lo que se encuentra ratificado por certificado médico del oncólogo tratante en la Clínica que conoció desde un principio esta afectación, situación que vino a existir y materializarse con posterioridad a una biopsia realizada en el mes de junio e informada el 14 del mismo mes del año 2018.



Reclama que como parte del proceso de liquidación, la Compañía informó una serie de hechos y circunstancias que no ha logrado acreditar, tales como; informe de liquidación N° 210459 que no correspondía otorgar cobertura por tratarse de una enfermedad preexistente; y, existencia de una ficha ambulatoria de la Clínica Universitaria de fecha 17 de mayo del año 2018 que indicaba metástasis, cáncer de páncreas y tumor, todo lo cual les parece insólito, pues su representada y su cónyuge fallecido no sabían y era imposible de saber sin exámenes pertinentes. Agrega que el asegurado fallece con fecha 03 de noviembre del año 2019, esto es, 1 año y 5 meses con 6 días después de la contratación de un seguro de vida completamente vigente.

Refiere que el primer episodio en que el asegurado presenta una molestia estomacal fue con fecha 10 de mayo del año 2018, por lo cual decide ir a Urgencias de la Clínica Universitaria, sin tener conocimiento de padecer alguna enfermedad preexistente. En la ocasión se le practican exámenes de rigor, se instruye procedimientos con analgésicos y es derivado a su domicilio. Posteriormente, se realiza examen de biopsia el 01 de junio del año 2018, conociendo su resultado el 14 de junio del 2018.

Expresa que el 17 de octubre del 2019, a 16 días de fallecer, el asegurado decide bajar el monto asegurado de 4.000 a 1.500 UF.

Señala que con fecha 13 de abril del 2020, a través de ORD N° 15365, emitido por la Comisión para el Mercado Financiero, se dan por concluidas todas las reclamaciones y apelaciones correspondientes al rechazo de siniestro N° 210459, por parte de la compañía de seguros recurrida, fundando en la



supuesta preexistencia en relación al fallecimiento del asegurado, por lo que el presente recurso se encuentra presentado en plazo.

Hace presente, en cuanto al acto que estima arbitrario, que con fecha 02 de enero de 2020, se informó el rechazo de cobertura por parte de Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. respecto a la cobertura por fallecimiento, ascendente a la suma de 1.500 UF.-, por supuesta información entregada por la Clínica Universitaria y una ficha de atención ambulatoria, de lo cual se desprende que el actuar de los recurridos es arbitrario, ya que se encuentra buscando resquicios con el único objeto de obtener una ventaja económica de todo improcedente, por ende su actuar resorte de un mero capricho, carente de todo sustrato lógico en atención que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. no ha informado ni probado las razones exactas por que niega cobertura divagando sobre el tema, habría entregado dicha información que no se ajusta a la realidad. En cuanto a la ilegalidad de dejar en la indefensión al asegurado, arguye que si el hecho de realizar una atención de urgencia conlleva decir que es una preexistencia, sin que la atención de exámenes hayan diagnosticado la patología por la que el cónyuge de su representada fue tratado, es un acto en sí ilegal, que permitiría que dicha Compañía no cumpla con ninguna de sus obligaciones, señalando que sus contratantes se hicieron una atención ambulatoria, no obstante no existir un diagnóstico hasta semanas después de la contratación del seguro con la recurrida.

Reclama como vulnerados el derecho contemplado en el artículo 19 número 1 inciso primero de la Constitución Política, esto es, el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, pues la recurrida pretende eximirse del pago a su representada por la suma de 1.500 UF; el derecho contemplado



en el artículo 19 número 3, vale decir, igual protección de la ley en el ejercicio de sus derechos; y, el derecho contemplado en el artículo 19 número 24 de la Carta Fundamental, esto es, el derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales e incorporeales, pues mediante la ley, y la suscripción del contrato entre su representado y Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. se ha adquirido, e incorporado en su patrimonio, los derechos que emanan del mismo, entendiéndose entre ellos el obtener bonificaciones y coberturas pertinentes.

Finaliza solicitando tener por interpuesto el recurso de protección, acogerlo a tramitación, acogerlo y, en definitiva, disponer que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A., de cobertura al siniestro N° 210459, con expresa condenación en costas.

Comparece e informa Joaquín Cortez Huerta, Presidente de la Comisión para el Mercado Financiero, quien detalla las atribuciones de la Comisión para el Mercado Financiero en el conocimiento de una reclamación administrativa en contra de una entidad fiscalizada.

Respecto al fondo del recurso, informa que con fecha 23 de enero de 2020, se recibió presentación mediante la cual la Sra. Maribel Andrea López Sepúlveda reclamó en contra de Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. apelando al rechazo de la cobertura, por el fallecimiento de su cónyuge don Miguel Ángel Rozas Cerna (Q.E.P.D.) por estimarla procedente al amparo de póliza individual de vida temporal con devolución de primas N° 1011800687 contratada por el asegurado con la Compañía recurrida, sosteniendo lo injusto que le merece el rechazo de la aseguradora, insistiendo en que la compañía cumpla con el pago



del seguro referido. En su presentación, la recurrente sostuvo que su esposo inició la vigencia en el seguro con fecha 28 de mayo de 2018, que el asegurado no tuvo conocimiento de la enfermedad con anterioridad al 14 de junio de 2018, fecha en que la familia y asegurado se enteraron del cáncer al páncreas, sostiene que tampoco habría habido omisión, ya que la masa que se veía en el páncreas e hígado en los exámenes realizados con anterioridad, podrían haber sido benignos, adjunta al reclamo, carta dirigida a la compañía con la respuesta respectiva y certificado de médico tratante que certifica el día en que asegurado se enteró de la enfermedad.

Añade que luego de haberse requerido a Colmena Compañía de seguros de Vida S.A. para que informe al tenor de la reclamación de la Sra. López y analizados los documentos recopilados con motivo de la referida reclamación, mediante Oficio Ord. N° 15365, de 13 de abril de 2020, la CMF dio respuesta a la reclamación de la recurrente, comunicando que de acuerdo a las disposiciones legales y contractuales que rigen el contrato de seguro esa compañía determinó mantener su decisión de rechazo al siniestro presentado, por el fallecimiento del señor Miguel Ángel Rozas Cerna (Q.E.P.D.), quien habría fallecido con fecha 03 de noviembre de 2019 producto de una falla multiorgánica/como consecuencia obstrucción debida a tumor neuroendocrino avanzado, destacando los fundamentos que sirvieron a la compañía para determinar el rechazo.

Señala que de acuerdo a lo informado por la Compañía Aseguradora, se habría podido verificar que el fallecimiento del señor Rozas Cerna, fue a consecuencia de una enfermedad preexistente no declarada al inicio de la contratación del seguro, por lo tanto, sin cobertura en la póliza. Finalmente, se informó a



la Sra. López que, frente a un eventual incumplimiento precontractual de declaración de riesgo, sea ésta incompleta, defectuosa o reticente de aquellas circunstancias y que de ser conocidas del asegurable harían defectuoso el proceso de formación del contrato de seguro o, la existencia o no de diagnóstico preexistente no puede resolverse o ser calificado en el trámite de un reclamo administrativo, ya que atendido la naturaleza de la materia sujeta a controversia, debía ser resuelta en el marco de un procedimiento contencioso, de carácter jurisdiccional, en el cual el juez o árbitro competente designado, en mérito de los antecedentes y alegaciones presentadas por las partes determine la procedencia o improcedencia de la indemnización que se reclama.

Explica que el Oficio que emite dicho Servicio en respuesta a una reclamación, no importa una sentencia judicial u otro equivalente jurisdiccional, por lo que los interesados, si así lo deciden, podrán someter sus diferencias con la compañía a las instancias jurisdiccionales respectivas.

Comparece e informa Claudia Lucía Breton Jara, abogado, en representación de COLMENA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., quien en primer término alega la inadmisibilidad por extemporaneidad del recurso, pues el acto que reclama y que pretende revertir la parte recurrente es el rechazo del siniestro del Sr. Miguel Ángel Rozas Cerna (Q.E.P.D.) por carecer de cobertura la póliza contratada por estar frente a una preexistencia no declarada en la Declaración Personal de Salud de fecha 22 de mayo de 2018, según lo dispone el contrato, lo que le fue comunicado mediante correo electrónico de 02 de enero del corriente en que se adjuntó el informe de la liquidación del siniestro N° 210459, excediéndose el término fatal de 30 días



desde que se tomó conocimiento del acto por el cual se reclama, ya que el recurso fue interpuesto el día 13 de mayo de 2020, es decir, más de cuatro meses después de haber recibido la carta que le comunicó el acto que reclama.

Luego indica que nos encontramos frente a un contrato de seguros, por lo que no resulta aplicable el D. F. L. N° 1, del Ministerio de Salud del año 2005, ni las definiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud. El ente supervigilante de su representada es la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), organismo de carácter técnico, quien dentro de los atributos que le otorga el D. L. N° 3.538 de 1980 debe velar por el correcto funcionamiento, desarrollo y estabilidad del mercado financiero.

Señala que no es efectivo que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. hubiere incurrido en algún acto ilegal o arbitrario en su contra con motivo del rechazo del siniestro en cuestión (fallecimiento de don Miguel Angelo Rozas Cerna Q.E.P.D.), ya que consta que al llenar la Declaración Personal de Salud N°0027517 con fecha 22 de mayo de 2018, antes de ser aceptado por la Compañía, al ser consultado si alguna vez tuvo algún diagnóstico o tratamiento, declaró expresamente que no, actuando de mala fe, por lo que menos es efectivo que Colmena haya conculcado con su actuar, las garantías constitucionales que también señala la parte recurrente, toda vez que al adoptar tal decisión se ajustó plenamente a la normativa vigente, a las estipulaciones contenidas en su Contrato, a la ley que regula la materia y a su Declaración Personal de Salud, que forma parte integrante del respectivo contrato.

Explica que el Sr. Rozas (Q.E.P.D.) se incorporó a Colmena, suscribiendo un contrato de seguro, para lo cual debió



completar una Declaración Personal de Salud en que no consignó ningún diagnóstico médico preexistente, ni tratamiento, ni hospitalización, ni nada, procediéndose a suscribir el contrato de seguro, donde se establece expresamente en el artículo duodécimo de la póliza: "Exclusiones a la cobertura de fallecimiento: Rigen todas las exclusiones del Condicionado General depositado ante la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220131473. En consecuencia, este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado se produzca a consecuencia de algunas de las siguientes situaciones: p) Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiéndose por tales 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."

Explica que el Sr. Rozas, fue diagnosticado de "Tumor de Páncreas" con anterioridad a la firma de la Declaración Personal de Salud (DPS), pues con fecha nueve de mayo de 2018 el Sr. Rozas acudió a la urgencia de la Clínica Universitaria de Concepción por un cuadro de dolor abdominal. Ese mismo día se le realiza una ecotomografía abdominal, indicando en dicha atención como hipótesis diagnóstica "Neoplasia Pancreática en estudio". Posterior a ello, con fecha 17 de mayo de 2018, días antes de la suscripción de la DPS, se consigna en su ficha médica una atención ambulatoria del Sr. Rozas en que se señala como



motivo de la consulta "cáncer de páncreas", pues a esa fecha ya se tenía el resultado de la ecotomografía que arrojó tumor de páncreas de 15 cms con metástasis hepáticas múltiples, programándose laparoscopia y biopsia. Es decir, con esa fecha el diagnóstico era claro, tumor de páncreas, independiente de que luego la biopsia pudiera determinar si es que era benigno o maligno, por lo que al momento de llenar la DPS se omitió deliberadamente información.

Expone que el Código de Comercio en su artículo 524 señala dentro de las obligaciones del asegurado "1°. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos", lo que no ocurrió en el presente caso, añadiendo que no es posible que la sola declaración del recurrente sea suficiente elemento de convicción para justificar la omisión del Sr. Rozas. Se requiere, evidentemente de un término probatorio, en que ambas partes tengan la posibilidad de ejercer una adecuada defensa.

Refiere que su representada cumple con las obligaciones contractuales que contrae de acuerdo a lo establecido en la normativa legal y reglamentaria vigente y que en ningún momento se ha intentado perjudicar a la contraria, o incumplir el contrato que se tenía con su cónyuge. Tan es así, que señala que el Sr. Rozas (Q.E.P.D.) tenía contratado con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. otra póliza de seguro relacionada a Enfermedades Graves, la cual se suscribió con fecha 4 de agosto de 2017, es decir, con anterioridad al diagnóstico preexistente que se discute en autos. En virtud de dicha póliza contratada, y en virtud del cáncer pancreático diagnosticado, se procedió por parte de la aseguradora a otorgar una cobertura de 3.000 U.F. con fecha 13 de noviembre de 2018, cobertura mayor a la reclamada



en esta sede, lo que demostraría que la no cobertura no dice relación con el ánimo de perjudicar, ni con el monto reclamado, o con ser reticente al cumplimiento del contrato, lo cierto es que en este caso no correspondería otorgar la cobertura pactada, ya que justamente fue el Sr. Rozas (Q.E.P.D.) quién incumplió su obligación de declarar los antecedentes médicos que se han venido discutiendo.

Luego explica el concepto de preexistencia, señalando que a diferencia de la preexistencia en Isapres (donde se requiere el diagnóstico y el conocimiento del beneficiario para acreditar una preexistencia), en materia de seguros se prescribe, por texto legal, que serán preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud en donde el asegurado (i) haya sido diagnosticado fidedignamente; y, en forma distinta, no copulativa, (ii) que también pudo haber conocido con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro. En definitiva, el estándar exigido por el legislador es totalmente diferente, en razón de que los seguros de salud no participan del carácter público que sí motiva a las Isapres, sino que son entidades privadas que, con cabal conocimiento de la extensión del riesgo que asumen, cobran una prima, determinada por cálculos estadísticos, para cubrir un eventual siniestro, otorgando una cobertura de carácter netamente pecuniaria. Un seguro de salud no protege el derecho a la salud, sino las contingencias económicas, tal como también lo realiza un seguro de incendio, de robo, o automotriz.

Agrega que no es posible acoger una acción de esta naturaleza cuando no existe un derecho indubitado respecto del cual deba protegerse al recurrente.

En cuanto a las supuestas vulneraciones a las garantías constitucionales alegas, expone que no se entiende cómo podría



verse amenazada la vida o la igualdad ante la ley, respecto de la Sra. López.

En relación al derecho de propiedad supuestamente vulnerado, señala que el seguro fue contratado por el Sr. Rozas (Q.E.P.D.) y evidentemente se encuentra sujeto a lo estipulado contractualmente y a lo establecido por la ley, cuestionando cuales son los derechos que nacen de la relación contractual para la Sra. López.

Finaliza solicitando tener por evacuado el informe solicitado a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y, en mérito de las consideraciones expuestas, se sirva rechazar el recurso de protección interpuesto, con expresa condena en costas.

Agrega, posteriormente que su representada no cuenta con un liquidador externo, ya que liquida directamente de acuerdo a los artículo 12 y 20 del Decreto N° 1055 del Ministerio de Hacienda del año 2012.

Se trajeron los autos en relación.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

En cuando a la extemporaneidad del recurso.

PRIMERO: Que, el fundamento de la alegación de extemporaneidad, la recurrida lo hace consistir en que el acto que reclama y que pretende revertir la parte recurrente con la interposición del presente recurso de protección, es el rechazo del siniestro del Sr. Miguel Ángel Rozas Cerna (Q.E.P.D.) por carecer de cobertura la póliza contratada por estar frente a una preexistencia no declarada en la Declaración Personal de Salud de fecha 22 de mayo de 2018, según lo dispone el contrato, lo que le fue comunicado mediante correo electrónico de 02 de enero del año en curso, que se adjuntó al informe de la liquidación del siniestro N° 210459.



Aduce que de los antecedentes acompañados por su parte, fluye que el recurso fue interpuesto extemporáneamente, fuera del término fatal de 30 días desde que la actora tomó conocimiento del acto por el cual se reclama, ya que el recurso fue interpuesto el día 13 de mayo de 2020, es decir, más de cuatro meses después de haber recibido la carta que le comunicó el acto que reclama.

Sostiene que la recurrente ante esta comunicación, decide apelar a la Compañía, sin embargo recibió respuesta el 15 de enero de 2020, pero eso no genera un nuevo plazo para recurrir de protección, sin perjuicio de que aun así el plazo se encontraría vencido.

SEGUNDO: Que por su parte la recurrente manifiesta que con fecha 13 de abril de 2020, a través de OFORD N° 15365 emitido por la Comisión para el Mercado Financiero, se dan por concluidas todas las reclamaciones y apelaciones correspondientes al rechazo de siniestro N° 210459, por parte de la Compañía de Seguros Colmena, respecto al rechazo del siniestro y cobertura asegurada por 1.500 UF. Es por ello que estima que el presente recurso se encuentra presentado dentro de plazo.

TERCERO: Que la referida alegación de extemporaneidad será acogida, habida cuenta que del mérito de los antecedentes allegados a estos autos y de lo expuesto por las partes, aparece de manifiesto que la recurrente tuvo conocimiento preciso del acto reclamado por esta vía el día 02 de enero de 2020, al recibir el correo electrónico en virtud del cual se le comunicaba por parte de la Compañía de Seguros, hoy recurrida, el rechazo del siniestro y cobertura asegurada; es más, la recurrente deduce un recurso de apelación ante la Compañía de Seguros, sin embargo recibió



respuesta el 15 de enero de 2020, de manera que igualmente el plazo para la interposición del recurso estaba vencido a la fecha de su interposición, que lo fue el 13 de mayo de 2020.

Es claro entonces, que el recurso de protección es extemporáneo, ya que había transcurrido en exceso el plazo fatal de treinta días que establece el Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección para deducir la acción constitucional de que se trata.

Que no obsta a la conclusión anterior la circunstancia que la recurrente haya interpuesto solicitudes y recursos en sede administrativa, como la Comisión para el Mercado Financiero, desde que la interposición del recurso de protección lo es *“sin perjuicio de los demás derechos que pueda hacer valer ante la autoridad o los tribunales correspondientes”*, como estatuye el artículo 20 de la Carta Fundamental.

II. En cuando al fondo de la acción constitucional.

CUARTO: Que, el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye jurídicamente un procedimiento de urgencia, de naturaleza autónoma, destinado a amparar el legítimo ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enumeran, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, amague o perturbe ese ejercicio.

QUINTO: Que, mediante la presente acción constitucional, se pretende que esta Corte declare que la decisión de la recurrida de rechazar el siniestro y cobertura asegurada por 1.500 UF, cuya Póliza de 28 de mayo del año 2018, fue contratada por el cónyuge de la recurrente don Miguel Angelo Rozas Cerna, actualmente



fallecido, comporta la comisión de un acto arbitrario e ilegal y, en consecuencia, procede se ordene que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A., de cobertura al siniestro N° 210459.

SEXTO: Que la recurrida ha justificado su proceder – rechazo a dar cobertura al siniestro- invocando, en primer término, lo que consigna la Declaración Personal de Salud N°0027517, suscrita por el asegurado don Miguel Angelo Rozas Cerna (Q.E.P.D), **con fecha 22 de mayo de 2018**, ya que al llenar dicha Declaración antes de ser aceptado por la Compañía de Seguros, al ser consultado si alguna vez tuvo algún diagnóstico o tratamiento, declaró expresamente que no, es decir, no informó ningún diagnóstico médico preexistente, ni tratamiento, ni hospitalización. Sin embargo, del mérito de los antecedentes documentales que allega al informe, consta que con fecha **9 de mayo de 2018**, el Sr. Rozas acudió al Servicio de Urgencia de la Clínica Universitaria de Concepción por un cuadro de dolor abdominal. Ese mismo día se le realiza una ecotomografía abdominal, indicando en dicha atención como hipótesis diagnóstica "Neoplasia Pancreática en estudio". Además, en esa misma atención, tal como lo señala su ficha clínica, y en oposición a lo señalado por la recurrente que expresa que su cónyuge no habría sufrido bajas de peso significativas en los últimos años, se señala que el paciente "refiere baja de 12 kg aprox. en 2 meses". Empero, al llenar su Declaración Personal de Salud menos de un mes después, respondió que NO a la siguiente pregunta: "¿Ha tenido alguna variación de más de 5 kgs. de peso en el último año?". Que posterior a ello, con fecha **17 de mayo de 2018**, días antes de la suscripción de la Declaración Personal de Salud, se consigna en su ficha médica una atención ambulatoria del Sr. Rozas, en que se señala como motivo de la consulta "cáncer de



páncreas”, ya que a esa fecha se tenía el resultado de la ecotomografía que arrojó “tumor de páncreas de 15 cms con metástasis hepáticas múltiples”, programándose laparoscopia y biopsia. Es decir, con esa fecha el diagnóstico era claro, tumor de páncreas, independiente de que luego la biopsia pudiera determinar si es que era benigno o maligno. Por lo que al momento de llenar la referida Declaración, a juicio de la recurrida, se omitió deliberadamente información médica relevante y preexistente.

SEPTIMO: Que, por otra parte, la recurrida niega enfáticamente haber conculcado con su actuar, las garantías constitucionales que la parte recurrente señala como vulneradas, toda vez que al adoptar su decisión de no dar cobertura al siniestro, se ajustó plenamente a la normativa vigente, a las estipulaciones contenidas en el contrato suscrito con el asegurado Miguel Angelo Rozas Cerna, a la ley que regula la materia y a su Declaración Personal de Salud, que forma parte integrante de dicho contrato.

OCTAVO: Que para resolver la controversia sometida al conocimiento de esta Corte, del modo que se dirá, cabe destacar que la normativa aplicable al actuar de las Compañías de Seguros está contenida en el Código de Comercio, en tanto entidades privadas que por el riesgo que asumen, cobran una prima al asegurado para cubrir un eventual siniestro, otorgando una cobertura de carácter estrictamente pecuniaria, de manera que un seguro de salud contratado en una Compañía de Seguros, como el que se discute, no protege el derecho a la salud, sino las contingencias económicas que se pretende cubrir, tal como cualquier otro seguro, como por ejemplo un seguro contra robos, contra incendio.



NOVENO: Que, como se advierte, la naturaleza de la materia debatida excede el ámbito del presente arbitrio constitucional que, como se sabe, es de naturaleza meramente cautelar (en sentido amplio) y, por esencia, breve y concentrado, para dar respuesta oportuna a afectaciones flagrantes, notorias o evidentes que impliquen privación, perturbación o amenaza en el legítimo ejercicio de determinados derechos y garantías constitucionales, y es del todo evidente que una controversia como la planteada en el recurso -relativa a un supuesto incumplimiento contractual- no puede ser dilucidada a través de la acción de urgencia incoada.

En efecto, la naturaleza propia de la acción constitucional de protección y el procedimiento inquisitivo dispuesto para su tramitación, constituye un arbitrio destinado a resolver situaciones en que los hechos esgrimidos y los derechos constitucionales que se dicen afectados son indubitados y no discutidos, lo que no acontece en el caso propuesto, en que se ventilan las discrepancias surgidas en el cumplimiento de obligaciones entre la recurrente, beneficiaria de la Póliza de Seguro Individual Colmena Vida Temporal con Devolución de Primas”, N° 1011800687, con Cobertura por Fallecimiento, registro S.V.S, N° POL 2 2013 1473 de Seguros de Vida, tras el fallecimiento de su cónyuge Miguel Angelo Rozas Cerna, y la Compañía de Seguros recurrida, que, afincándose en la existencia de una preexistencia no declarada al momento de suscribir la Declaración Personal de Salud el asegurado, rechaza otorgar la cobertura por fallecimiento de éste.

DÉCIMO: Que, en conclusión, no es el recurso de protección la vía idónea para discutir los hechos denunciados en relación a la negativa de la recurrida a dar cobertura al siniestro



N° 210459 como denuncia la recurrente, la que trasciende los fines de la acción de protección de garantías constitucionales y no se condice con el carácter extraordinario y de tramitación breve y urgente que tiene el recurso de que se trata.

Tratándose de prestaciones de carácter pecuniario las que se discuten, ello necesariamente debe ventilarse en un juicio contencioso, de carácter jurisdiccional, en el cual el juez o juez árbitro competente designado si procediere, en mérito de los antecedentes y alegaciones de las partes determine la procedencia o improcedencia de la cobertura que se reclama.

Así las cosas, el recurso intentado no puede prosperar.

UNDÉCIMO: Que atendido lo concluido precedentemente, es innecesario entrar al análisis de las garantías constitucionales que se indican como conculcadas.

Por estas consideraciones y lo previsto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y Auto Acordado de la Excma. Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, se declara:

I.- Que SE ACOGE, la alegación de extemporaneidad planteada por la recurrida. Y sin perjuicio de ello, además:

II.- SE RECHAZA, sin costas, el deducido por los abogados Rodolfo Nicolás Iglesias Iglesias y Felipe Andrés Salazar Latorre, abogados, en beneficio de doña Maribel Andrea López Sepúlveda, en contra de COLMENA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Regístrese, notifíquese y en su oportunidad, archívese.

Redacción de la Ministra doña Yolanda Méndez Mardones.

ROL N° 9888-2020. Protección.





HXXJGCSJM

Pronunciado por la Primera Sala de la C.A. de Concepción integrada por los Ministros (as) Fabio Gonzalo Jordan D., Yolanda Mendez M. y Abogado Integrante Carlos Cespedes M. Concepcion, diecinueve de agosto de dos mil veinte.

En Concepcion, a diecinueve de agosto de dos mil veinte, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

