

Santiago, treinta de septiembre de dos mil veinte.

**Visto y teniendo presente:**

**Primero:** Que comparece Andrés Carrasco Pennaroli, quien interpone en favor de Evelyn Denisse Gutiérrez Gallardo, recurso de protección en contra de Zurich Santander Seguros de Vida S.A, representada por su Gerente General don Hebert Gad Philipp Rodr, quien arbitraria e ilegalmente mediante la dictación de un informe de liquidación de 17 de Marzo de 2020, ha determinado rechazar la cobertura de su póliza, consistente en un seguro individual de desgravamen, vulnerado su derecho de propiedad.

Expone, que en el mes de mayo del año 2014, la recurrente celebró con el Banco Santander un mutuo hipotecario por 1.680 unidades de fomento, pagaderos a veinticinco años, y para la realización de dicha operación bancaria, tuvo que contratar con una compañía de seguros, en este caso con la compañía Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. un seguro SIDP - SEGURO INDIVIDUAL DESGRAVAMEN + IP2/3 PR C.H. Contrato que se celebró el 9 de mayo de 2014, cuyo número de póliza es 1873643.

Dentro de sus cláusulas estaba aquella que obligaba a declarar todas las circunstancias que solicitaba el asegurador, pero a la fecha de celebración la recurrente no sufría de afección alguna, o enfermedad de carácter preexistente que significara traspasar al asegurador un riesgo distinto al que presentaba efectivamente al momento de la suscripción del contrato.

En efecto desde el año 2010 al año 2014, no hubo un diagnóstico de esclerosis múltiple, tratándose su caso de uno asintomático, hasta el mes de septiembre del año 2014, fecha en la cual se confirma un cuadro compatible con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente (EMRR), que fue ratificado en el mes de febrero de 2015 por el Centro de Referencia Nacional de Esclerosis Múltiple CABL del Hospital Barros Luco de la Región Metropolitana, informado por la Dra. Paula Agurto, quien evaluó en conjunto con el



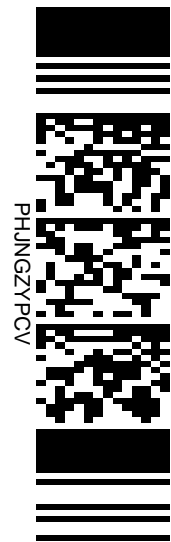
equipo de EM, concluyendo y confirmando el diagnóstico de portadora de EMRR, cumpliendo con los criterios de ingreso a las Garantías Explicitas de Salud (GES) del Programa de EM del Ministerio de Salud (MINSAL).

Advierte que la beneficiaria del seguro cumplió a cabalidad con todos los requerimientos establecidos en la normativa legal y contractual aplicable, informando debidamente al ejecutivo bancario, las circunstancias y antecedentes requeridos durante el proceso de postulación al Crédito Hipotecario y Contratación de Seguros, el cual fue celebrado y ha sido sostenido a la fecha de forma ininterrumpida, a pesar de la actual discapacidad.

Afirma, que la compañía de seguros en el “Informe de Liquidación”, utilizó en forma descontextualizada el “Acta de Evaluación” y “Ficha Clínica”, a fin de rechazar la cobertura del seguro, al establecer arbitrariamente como hecho cierto, que la recurrente presentaba esclerosis múltiple desde el año 2010, aduciendo que a pesar de ser conocida, no la informó a la empresa al momento de la contratación del seguro.

El informe señala en lo medular que dentro de los antecedentes aportados para la evaluación del siniestro, se encuentra el acta de evaluación y ficha clínica, los cuales señalan que la asegurada presenta Esclerosis Múltiple desde el año 2010, información conocida por aquella, y que no fue señalada al momento de la contratación del seguro, traspasando al asegurador un riesgo distinto al que presentaba efectivamente el asegurado al momento de la suscripción. En razón a lo anterior, se determina rechazar la cobertura reclamada, toda vez que la beneficiaria presentaba antecedentes médicos con anterioridad al inicio de vigencia en la póliza, y que no fueron declarados al asegurador, constituyendo ésta una información relevante para la suscripción del contrato.

Lo anterior es la arbitrariedad que se reclama, ya que ni de la ficha clínica ni del acta de evaluación, se puede desprender la falta de



sinceridad que se le imputa a la recurrente, en cuanto omitir una información relevante para la aseguradora, toda vez, que en ninguno de dichos documentos se diagnostica una esclerosis múltiple. Estima que se trata de un caso médico fortuito y aislado.

Hace presente que según lo expuesto en el “Acta de Evaluación”, de 4 de noviembre de 2019, resultante del proceso de “Solicitud de Pensión de Invalidez”, la Comisión Médica de La Serena, y la Comisión Médica Central, que dictamina y otorga Invalidez Total Definitiva, ante la evaluación de los antecedentes médicos y exámenes solicitados durante el proceso, señala: *“Afiliado que Inicia EM en 2010, con brotes, por lo que requirió inicio de Tratamiento Inmunomodulador en 2016”*.

Conforme al intercambio de correos entre el Centro de Referencia Nacional de Esclerosis Múltiple, CABL, del Hospital Barros Luco, y el médico tratante de la recurrente, el caso fue discutido en la reunión de equipo de esclerosis múltiple el 13 de febrero de 2015, concluyéndose que era portadora de esclerosis múltiple recurrente remitente.

En virtud de lo anterior, aduce, que el síndrome desmielinizante aislado que padeció con anterioridad, constituye un hecho fortuito, atípico e irregular que no permitió diagnosticar de forma oportuna su enfermedad, por ello pasaron más de 4 años de forma asintomática, desde el 2010 al 2014.

Señala como el acto atentatorio de las garantías constitucionales aquel del 17 de Marzo de 2020, que corresponde a la fecha en que la recurrida procedió a dictar un informe de liquidación donde determinó rechazar la cobertura de la póliza, consistente en un seguro individual de desgravamen que se encontraba vigente desde hacía seis años (2014 al 2020).

En cuanto a las garantías conculcadas cita la prevista en el numeral 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República, ya que es titular desde hace más de seis años del seguro de



desgravamen, cumpliendo a cabalidad con todos los requerimientos establecidos en la normativa legal y contractual aplicable, informando debidamente al ejecutivo bancario, las circunstancias y antecedentes requeridos durante el proceso de postulación al crédito hipotecario y contratación de seguros.

Arguye, que lo anterior no solo significa arrebatarse un beneficio que protegía la cobertura de la póliza, el cual formaba parte de su patrimonio, sino que también implica una vulneración al artículo 19 N°3 inciso quinto de la Carta Fundamental.

Solicita que se adopten las medidas necesarias para restablecer el imperio del derecho, especialmente decretar que se tienen por cumplidos los requisitos establecidos en la póliza al informar debidamente, todas las circunstancias y antecedentes requeridos durante el proceso de postulación al crédito hipotecario y contratación de seguros, aprobando la cobertura de su seguro de invalidez solicitado mediante siniestro N° 120000292 de 18/12/2019, y asimismo, declarar que el acto impugnado es arbitrario o ilegal, y ha vulnerado las garantías constitucionales reclamadas, o las que esta Corte se sirva determinar; ordenando al recurrido aprobar la cobertura del seguro de invalidez, declarando que el recurrido se abstenga de cometer nuevas arbitrariedades o ilegalidades en contra de la recurrente, y adoptar toda otra medida que se estime conducente o procedente en derecho, todo con costas.

**Segundo:** Que informando, la recurrida señala, que las alegaciones de la recurrente, no constituyen de modo alguno actos que puedan considerarse arbitrarios o ilegales de parte de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A que hagan procedente la acción de protección intentada, toda vez, que por una parte, no se ha establecido el modo como determinadas conductas pueden ser arbitrarias o ilegales y afectar las garantías constitucionales alegadas, y además, porque tales conductas o actos provienen de la aplicación de las cláusulas contractuales debidamente pactadas por las partes y,



consiguientemente, no constituyen una vulneración a las garantías constitucionales citadas.

Bajo estas circunstancias, indica, lo reclamado por la recurrente es materia de una acción civil de cumplimiento forzado de contrato, materia que escapa del ámbito de aplicación del recurso de protección de autos, debiendo ser rechazado.

En este sentido, argumenta, que en primer lugar, el recurso debe ser rechazado, por no ser la vía judicial pertinente para conocer las reales diferencias entre el asegurado recurrente y el asegurador, todas ellas de naturaleza contractual. El recurso, se fundamenta, en un supuesto incumplimiento contractual, de la póliza de seguro de desgravamen con adicional de invalidez 2/3 N° 100054883, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., particularmente, en lo relativo a la cobertura de invalidez.

Señala, que específicamente la recurrente reclama que el asegurador no le otorgó la cobertura de invalidez al siniestro denunciado el 18 de diciembre de 2019, lo que constituye una prestación condicional, que debe cumplir la Compañía recurrida en caso de concurrir todos los requisitos, y elementos de procedencia contemplados en el contrato.

Asimismo, el recurrente sostiene que no omitió información al asegurador respecto de la enfermedad de Esclerosis Múltiple basado en que ésta no había sido diagnosticada con anterioridad a la contratación del seguro, en el año 2014, y que por tanto, no le traspasó al asegurador un riesgo diferente al que efectivamente tenía a la fecha de contratación de la póliza, de tal manera, afirma, que lo que pretende con la interposición de este recurso, es imponer a la aseguradora la obligación de pagar la indemnización de la póliza, toda vez, que no se encontraría conforme al contrato la aplicación e interpretación que su parte ha hecho de sus cláusulas, discusión que se traduce claramente, en una de carácter contractual y declarativa, petición que no es más que la exigencia del cumplimiento forzado de la obligación contractual,



asunto que dista mucho del propósito cautelar de la acción de protección.

Prosigue, indicando, que en adición a lo anterior, no existe en el libelo de protección descripción alguna, precisa y fundada, de un acto arbitrario o ilegal determinado, atribuible a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., que afecte las garantías constitucionales que la recurrente supone vulneradas, sino el mero hecho del rechazo de la cobertura contratada, lo que en definitiva, configura diferencias entre las partes surgidas con ocasión de la aplicación del contrato al siniestro 120000292, las que no son materia del recurso de protección objeto de este informe, sino de un juicio declarativo de derechos.

En efecto, relata que en los hechos, la recurrente solicitó el seguro en abril de 2014, para cubrir su vida o invalidez ocurrida durante la vigencia de la póliza, a fin de que se pagara el saldo insoluto del crédito otorgado al banco, en caso de ocurrir el siniestro, cobertura cuyo otorgamiento está reclamando equivocadamente por medio de este recurso de protección.

Al respecto, puntualiza, que se debe tener presente que las cláusulas contractuales del seguro individual de desgravamen e invalidez objeto del recurso, se contemplan, tanto en las condiciones particulares de la póliza, como en las condiciones generales, del modelo depositado en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 2 2013 0066 y CAD 2 2013 0067, y conforme al artículo 17 de las condiciones generales aplicables a la cobertura adicional de invalidez, se dispone que cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado y la aseguradora, sean en relación con 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 y monto de una indemnización reclamada, será resuelta por un árbitro arbitrador nombrado de común acuerdo por las partes, y en caso de que no exista acuerdo entre ellas, éste será nombrado por la justicia ordinaria, y en tal caso tendrá facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar



sentencia conforme a derecho; y si la disputa con motivo del siniestro es inferior a UF 10.000, el asegurado puede optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria.

En este mismo sentido, sostiene que el artículo 543 del Código de Comercio, en carácter de norma imperativa, somete a la decisión de un árbitro designado por las partes o de los tribunales ordinarios de justicia según sea la cuantía de la causa, toda disputa sobre la procedencia o monto de la indemnización de siniestros o sobre el cumplimiento o incumplimiento del contrato de seguro.

Relacionado con lo antes indicado, y versando la controversia sobre la procedencia de la cobertura de un siniestro, su cumplimiento o incumplimiento, aduce, que las partes deben resolverla recurriendo al árbitro o al tribunal ordinario competente, según sea el caso.

En cuanto a la vulneración al derecho de propiedad que reclama la actora, sostiene que no es posible, por cuanto, no tiene un derecho reconocido de propiedad sobre la indemnización del seguro, así como tampoco sobre ningún beneficio contemplado en la póliza, toda vez, que el presupuesto de procedencia está establecido en el contrato, el que no ha sido establecido de manera indubitada a su favor. Al respecto, cita el artículo 512 del Código de Comercio, el que previene que: *“Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima”*, dejando de manifiesto que la obligación de indemnizar un siniestro no surge inmediata y directamente por el sólo hecho de contratar el seguro, sino que proviene del hecho de haberse producido el evento asegurado, en los términos y condiciones establecidos en el contrato, siendo las obligaciones recíprocas de las partes que surgen al suscribir el contrato de seguro, el pago de la prima y la asunción del riesgo.

Es, en razón de lo mismo, prosigue, que el Decreto con Fuerza de Ley N° 251 dispone la realización de un proceso de liquidación del siniestro antes de dar lugar a la indemnización en caso de pérdida, señalando en el inciso segundo del artículo 61 que: *“La liquidación del*



*siniestro tiene por fin básicamente determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello de conformidad con el procedimiento que establezca el reglamento, circunstancia que sirve para explicar por qué el asegurado carece de un derecho de propiedad sobre la indemnización del seguro, la que solo se devenga cuando han concurrido todos y cada uno de los requisitos y condiciones de procedencia de la cobertura, esto es, (i) que el hecho sea consistente con la descripción de la cobertura, (ii) que el hecho no sea de aquellos excluidos por la póliza; (iii) que el asegurado haya cumplido con la obligación de declarar adecuadamente el riesgo; y (iv) que el asegurado haya cumplido sus demás obligaciones bajo la póliza, principalmente el pago de la prima, de tal manera, que resulta incorrecto, suponer que exista un derecho de propiedad sobre la indemnización del seguro, puesto que la obligación de pago de la indemnización es condicional, y por lo mismo, no ingresa al patrimonio del asegurado mientras no se cumple la condición.*

En la especie, asegura, que el siniestro ha sido rechazado porque la asegurada incumplió sus obligaciones contractuales, alterando los elementos de la esencia del contrato, al no declarar sinceramente su real estado de salud al tiempo de incorporarse a la póliza, incumpliendo la condición primera que permite dar curso a la indemnización.

Por otra parte, señala, conforme a los términos de la póliza N° 1000054883, el titular de la indemnización es únicamente el beneficiario de la póliza, y de acuerdo al artículo 513 letra c) del Código de Comercio, define quién lo es: *“el que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro”*, en este caso, el beneficiario de la póliza, es el Banco Santander, acreedor del crédito solicitado por la recurrente, y que fue lo que motivó la contratación del seguro de invalidez, objeto del presente recurso, de tal manera, que es el Banco, el único a quién le asiste el derecho de





reclamar para sí la indemnización del seguro, derecho que demuestra que la recurrente carece de todo dominio sobre tal indemnización.

La recurrente, respecto del contrato que da cuenta la póliza 1000054883 solo tiene el derecho para solicitar el cumplimiento del contrato estipulado a favor del Banco beneficiario, circunstancia que demuestra indubitadamente, que no ha ingresado a su patrimonio, beneficio alguno bajo la póliza más que los derechos personales para exigir su cumplimiento.

Respecto al derecho a no ser juzgado por comisiones especiales sino por un tribunal establecido por la ley con anterioridad al hecho que se juzga, señala que de manera confusa y ambigua la recurrente aparentemente pretende acusar a Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de haberse establecido como comisión especial para juzgarla y emitir condena, y con ello afectar la igualdad ante la ley que garantiza la constitución. Al respecto, de manera alguna la aseguradora, ha juzgado ni pretendido juzgar actos o hechos de la recurrente, además que ésta por su parte, no ha mencionado el acto preciso realizado por Zurich Santander, a través del cual se haya afectado la garantía constitucional alegada, manteniendo siempre incólume sus derechos para recurrir al tribunal competente que estime, para reclamar el derecho que pretende.

Hace presente que el artículo 61 del DFL N° 251 que regula la actividad aseguradora y la de los auxiliares del comercio de seguro, dispone que frente a un siniestro, procede la liquidación de éste, la que es realizada de manera directa por la Compañía o a través de liquidadores oficiales independientes, a fin de determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello de conformidad con el procedimiento que establezca el reglamento, fijado en el Decreto Supremo N° 1055 del Ministerio de Hacienda, el que establece en su artículo 26, tanto respecto de la liquidación directa como de la realizada por un liquidador externo, el deber de la



aseguradora de emitir su opinión final respecto de la procedencia del siniestro.

Contra estos actos del asegurador, al recurrente le asisten los derechos de impugnación y de recurrir ante el tribunal competente a ejercer las acciones que estime pertinentes. La asegurada recurrente, en este caso, ejerció la impugnación con fecha 2 de abril de 2020, y equivocadamente, según su apreciación, dedujo la presente acción cautelar, permaneciendo incólume su derecho a recurrir al tribunal competente para exigir el cumplimiento del contrato que alega incumplido.

Además de todo lo expuesto precedentemente, afirma que el recurso es improcedente, por cuanto, los actos relatados como arbitrarios o ilegales de la aseguradora no son tales, sino que por el contrario, se encuentran completamente apegados a derecho. El asegurador rechazó el siniestro en razón del incumplimiento de la asegurada, al no declarar fielmente el riesgo que la afectaba, omitiendo sus circunstancias y la extensión real del mismo. Así en la solicitud de seguro, el 25 de abril de 2014, en la parte relativa a la declaración personal de salud, ésta declaró que no tenía antecedentes ni enfermedades al ser consultada acerca de todas aquellas circunstancias relativas a su estado pasado y actual de salud que pudieran alterar el riesgo declarado, y que pudieran constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Asimismo, dijo no tener conocimiento de padecer o haber padecido enfermedades o situaciones de salud de tipo neurológico, omitiendo toda la historia clínica que ha relatado en su recurso.

Al efecto, relata que la asegurada en el año 2010 antes de la contratación del seguro, y estando en pleno conocimiento de la dolencia que padecía, fue atendida y tratada por un cuadro y enfermedad neurológica, que requirió tanto una hospitalización como atenciones ambulatorias. Producto de este tratamiento se le recetaron corticoides endovenosos y orales además de Fenitoina. Ambos remedios sirven como primer recurso de tratar la inflamación que la esclerosis



múltiple provoca en el cerebro y en la médula espinal. La fenitoína tiene por objeto evitar el desarrollo de convulsiones y/o movimientos involuntarios en pacientes que tienen cuadros de enfermedad desmielinizantes como lo es la esclerosis múltiple. El uso de estos remedios a largo plazo puede reducir la progresión de la incapacidad inevitable de esta enfermedad. Como resultado de la hospitalización del año 2010, antes de la contratación de la póliza, a la recurrente se le diagnosticó un síndrome de uno y medio y un síndrome piramidal bilateral, además de iniciar un estudio por enfermedad desmielinizante. Esto estaba en pleno conocimiento de la asegurada, como también el hecho de que estuvo 15 días hospitalizada, tal como lo relata la epicrisis de septiembre del año 2010 del Hospital Van Buren de Valparaíso. Afirma que ambos síndromes son claros síntomas y signos que evidencian un daño en el sistema nervioso central.

Frente a estos dos síndromes, diagnosticados a la asegurada antes de la contratación del seguro, el estudio de la esclerosis múltiple era inevitable toda vez, que constituyen evidencias de una enfermedad desmielinizante que afecta al sistema nervioso central. Es decir, es un padecimiento claramente neurológico de gravedad, porque no tiene cura y su tratamiento se enfoca a minimizar sus efectos, modificar su evolución y controlar los síntomas. De ahí la importancia de haber sido declarado el evento del año 2010 al asegurador, ya sus antecedentes no eran menores, y siempre estuvieron en conocimiento de la asegurada, ello independiente que el cuadro haya remitido, sin embargo, siguió tratándose y controlando el episodio neurológico con evidencias de la enfermedad desmielinizante, la que es crónica, progresiva y sin cura. Esta sola situación altera el riesgo del asegurado quién no obstante su grave situación de salud se presentó frente al asegurador como una persona sana, omitiendo absolutamente todo su historial clínico, que demostró el tratamiento de una grave enfermedad y claros síndromes desmielinizantes.

Con el propósito de desligarse de sus obligaciones contractuales, la contraria alega en su acción de protección que en septiembre de



2010 tuvo un síndrome clínico aislado también conocido como SCA, a fin de caracterizar la hospitalización del año 2010 como algo fortuito y aislado, insistiendo en sostener que no tenía obligación de declararla, no obstante, el síndrome clínico de septiembre del señalado año, además de derivar en serios controles, estudios y seguimientos clínicos, es el primer episodio de síntomas neurológicos de origen desmielinizantes por inflamación del sistema nervioso central, síntomas claros de este tipo de enfermedad, que es progresiva e incurable. En parte alguno de las fichas clínicas, como alega la contraria, se descartó la esclerosis múltiple, lo que no se puede desprender de ningún documento acompañado por la contraria.

Es decir, la asegurada recurrente tenía un riesgo de salud propenso a la invalidez completamente diferente al que traspasó al asegurador, al presentarse como una persona sana en circunstancias que no lo era, sino, que por el contrario, presentaba una condición de salud de tal gravedad, que al poco tiempo de contratar el seguro la incapacidad se manifestó en todas sus formas, siendo finalmente declarada por el Compin.

Concluye, entonces, que la asegurada omitió información sobre su estado de salud incumpliendo tanto las obligaciones contractuales contempladas en la póliza, como las legales establecidas de manera imperativa en el Código de Comercio, faltando así a su deber de sinceridad, afectando el equilibrio del contrato de seguro.

Conforme a lo anterior, sostiene que la aseguradora no ha actuado arbitraria ni ilegalmente, sino que respetando las estipulaciones contractuales que rigen la póliza materia de autos, no vulnerando las garantías constitucionales contempladas en el artículo 19 números 3° inciso 5°, y 24 de la Constitución Política de la República, solicitando en definitiva, el rechazo del recurso, por no ser la vía procedente para solicitar la declaración de un derecho, como lo pretende la recurrente, con costas.



**Tercero:** Que el Recurso de Protección de Garantías Constitucionales, establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye jurídicamente una acción de naturaleza cautelar, destinada 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 moleste ese ejercicio.

De lo que resulta, como requisito indispensable de esta acción, la existencia de uno o varios actos u omisiones ilegales, esto es, contrarios a la ley, o arbitrarios, producto del mero capricho de quién incurre en él, afectando a una o más de las garantías -preexistentes- protegidas, consideración que resulta básica para el examen y la decisión del recurso que se ha interpuesto.

Asimismo, se ha sostenido por la jurisprudencia, que la acción de protección no constituye una instancia por la que se persiga una suerte de debate respecto de la procedencia o improcedencia de un derecho, sino que su real objeto está constituido por la cautela de un derecho indubitado.

**Cuarto:** Que, conforme a los hechos reseñados en los motivos primero y segundo, cabe anotar, que es claro que existe una controversia entre las partes respecto a la eventual preexistencia de la esclerosis múltiple, que padece la recurrente, cuya determinación, importa la cobertura o no del Seguro SIDP SEGURO INDIVIDUAL DESGRAVAMEN + IP2/3 PR C.H., contratado con la compañía Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., el 9 de mayo de 2014, que vincula a las partes, y cuyo número de póliza es 100054883, Id. Compañía: 1873643.

**Quinto:** Que, la recurrida ha reconocido la existencia de la póliza antes indicada, como también que no se cubrió el siniestro N° 20000292, en lo relativo a la “cobertura adicional de invalidez total y permanente dos tercios”, que reclama la actora, por haber incumplido



esta última su obligación contractual de declarar correcta y completamente su real estado de salud al tiempo de incorporarse a la póliza, alterando con ello el factor riesgo que debía evaluar la compañía aseguradora, lo que podía llegar a constituir una restricción, limitación o exclusión de la cobertura, específicamente, por no haber declarado los antecedentes del diagnóstico concluido en la hospitalización del año 2010, donde se evidenció el daño en el sistema nervioso central, que padecía la actora, el que demostraba un riesgo de salud propenso a la invalidez, lo que difiere de su declaración al contratar, en la que se presentó como una persona sana.

**Sexto:** Que la actora, ha sostenido, que el episodio neurológico que se describe padecido en el año 2010, por el cual, estuvo internada en el Hospital Carlos Van Buren, cuya epicrisis se encuentra agregada en autos, donde como resultado se le diagnosticó un síndrome de uno y medio, y un síndrome piramidal bilateral, el que dio inicio a un estudio por enfermedad desmielinizante, fue un síndrome clínico aislado, fortuito, manteniéndose asintomática desde ese año y hasta el 2014, cuando en el mes de septiembre, el médico Fernando Molt, le confirmó un cuadro compatible con esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR), ratificado en febrero de 2015, por el Centro de Referencia Nacional de Esclerosis Múltiple CABL del Hospital Barros Luco, de Santiago.

**Séptimo:** Que independientemente del conocimiento que hubiere tenido la actora, al momento de la contratación del seguro, resulta ostensible que omitió, en ese momento, los antecedentes que se le reprochan, en cuanto al padecimiento neurológico que la afectó en el año 2010, -que ella misma reconoce-, evento cuyo diagnóstico dio cuenta de una afectación a su sistema neurológico central.

En cuanto, este hecho es materia de controversia entre las partes, en tanto se cuestiona, el no haber declarado la actora, una condición de salud de origen, que padecía con anterioridad a la contratación del seguro, el que a juicio de la recurrida se arrastra desde el año 2010, según los antecedentes médicos que se acompañan, en los que se da



cuenta del diagnóstico, e informes de especialistas que detectan la anormalidad neurológica, seguida de tratamiento y controles periódicos a causa de dicho padecimiento, resulta evidente que tal conflicto no puede ser resuelto a través de este arbitrio constitucional excepcional, por no ser la vía idónea para resolver controversias o disputas, la que debe ser conocida dentro de un procedimiento que permita a las partes hacer valer sus posiciones de derecho, rindiendo las pruebas necesarias, para su debida valoración, a fin de arribar a una acertada decisión, asunto que a todas luces difiere del objeto de la presente acción, que persigue la protección del derecho preexistente que hubiere sido lesionado, amenazado, o perturbado, ante una acción caprichosa o ilegal, poniendo de manifiesto que en este caso, no estamos en presencia de un derecho que tenga el carácter de indubitado, ni que la recurrida haya incurrido en una acción u omisión que pueda ser calificada contraria a la ley y/o caprichosa, sino que se ha fundado en un incumplimiento en que habría incurrido la recurrente de normas contractuales derivadas del contrato de seguro, lo que no puede considerarse como un acto ilegal o arbitrario.

**Octavo:** Que consecuente con lo razonado, el recurso en examen no puede prosperar, sin que exista obligación de pronunciarse sobre la vulneración de garantías constitucionales, como se ha denunciado, debido a que al no probarse la existencia de un acto ilegal o arbitrario, ni la existencia de un derecho indubitado, ello resulta innecesario, debiendo ser desestimado el recurso.

**Por estas consideraciones,** y de conformidad, asimismo, con lo que dispone el artículo 20 de la Constitución Política de la República y el Auto Acordado de la Excelentísima Corte Suprema sobre la materia, ***se rechaza***, el recurso de protección deducido en favor de Evelyn Denisse Gutiérrez Gallardo, en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

**Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.**



Redacción de la ministra señora Inelie Durán Madina.

**Ingreso Corte N° 34631-2020 Protección**

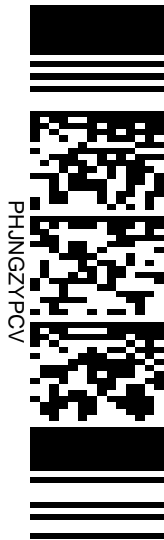
Pronunciada por la **Primera Sala**, de esta Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Miguel Vázquez Plaza, e integrada por las Ministras señora Elsa Barrientos Guerrero, y señora Inelie Durán Madina.





Pronunciado por la Primera Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Miguel Eduardo Vazquez P., Elsa Barrientos G., Inelie Duran M. Santiago, treinta de septiembre de dos mil veinte.

En Santiago, a treinta de septiembre 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 06 de septiembre de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>