

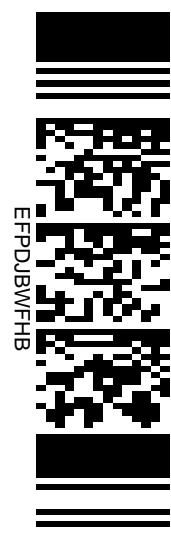
C.A. de Santiago

Santiago, cinco de abril de dos mil veintiuno.

A los escritos folios 27 y 28, estése a lo que se resolverá.

VISTOS:

PRIMERO: Que don **JAVIER IGNACIO MÉNDEZ GUILLIER**, chileno, soltero, abogado, actuando en beneficio de doña **MARÍA JOSÉ SECALL KATTAN**, chilena, casada, ingeniera comercial, y de don **ANTONIO SAID SECALL KATTAN**, chileno, casado, factor de comercio, todos domiciliados solo para estos efectos en Badajoz número 100, oficina 107, Comuna de Las Condes, Región Metropolitana, herederos del fallecido don **ARNALDO BORIS SECALL OLFOS (Q.E.P.D)** deducen acción de protección, en contra de **OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A.**, Compañía Aseguradora, representada por don Claudio Patricio Correa Viola, con domicilio en Avenida El Bosque Norte Nº 0125, piso 7 o piso 14, comuna de Las Condes, Región Metropolitana. Explica que, en la madrugada del 4 de julio del año en curso, fallece don **ARNALDO BORIS SECALL OLFOS**, en dependencias de Clínica Las Condes, lugar donde se encontraba internado desde el día 18 de mayo del mismo año, tras verse aqueja por dolencias óseas, particularmente en la espalda, o zona medular, diagnosticándosele allí Mielofibrosis (un tipo de cáncer de la familia de las leucemias). Al día de hoy, Clínica Las Condes está cobrando cerca de cien millones de pesos por el tratamiento que dice haber aplicado. Si bien los hechos descritos dicen relación con la aplicación de una póliza, el actuar de la aseguradora es a tal punto arbitrario e ilegal que constituye una vulneración grave, flagrante y palmaria de los derechos constitucionales de quienes representa. Señala que el día 16 de febrero de 2001, don Arnaldo Boris Secall Olfos (Q.E.P.D.) contrató el seguro de vida S.O.S MED, Póliza Nº 5332, propuesta Nº 23123, con la recurrida, con un valor de semestral en su prima de UF 29,80, es decir UF 59,6 por año, equivalente al día de hoy a \$1.710.000 pesos, aproximadamente. El vencimiento de dicho seguro estaba pactado para el 14 de febrero del 2026. La cobertura estaba vigente al momento del fallecimiento del Sr.



Secall. Según las Condiciones Particulares de la misma, en su artículo 1 se señala que: *“la aseguradora pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares si después del periodo de espera y dentro de la vigencia del seguro, al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica, de aquellas cubiertas por esta póliza...”*

De una primera apreciación a su cobertura, se puede señalar que se trata de un seguro contra diagnóstico, es decir, basta tan solo con que al asegurado se le diagnostique una de las enfermedades graves señaladas en la póliza para que se active su cobertura, con la única limitación de que tiene que haber sido diagnosticada por primera vez. Entre las enfermedades que estarían cubiertas, a nuestro interés, la póliza se refiere en específico y como primera cobertura, el cáncer. Al respecto señala como cobertura: *“La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) los linfomas, y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo”*. Seguidamente enuncia seis tipos de cánceres que quedarían excluidas de cobertura. Por último, en el artículo 10 inciso final, concerniente a evaluación de pago y beneficios, se señala. *“La cobertura y las indemnizaciones de esta póliza se entienden respecto de cada evento, pudiendo el asegurado ser indemnizado por más de una enfermedad grave durante la vigencia de la póliza”*

Recuerda que el Sr. Secall (Q.E.P.D.), no obstante haberse curado, ya había padecido con anterioridad, una enfermedad grave del tipo cáncer, por la cual, en agosto del año 2009 se le había extirpado la mayor parte del estómago (gastrectomía subtotal). Dicho año, Ohio National Seguros de Vida S.A. pagó conforme a la cobertura por el diagnóstico de “Cáncer Gástrico”, según siniestro N°2009-06905.

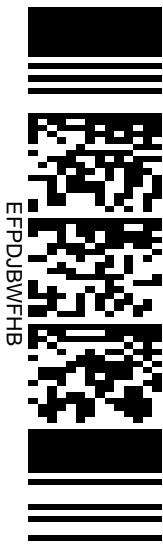
El día 11 de junio de 2020, solicitó a la recurrida la activación de los beneficios del seguro contratado. Al efecto, el liquidador

designado, Charles Taylor Chile S.A., notifica y hace entrega de su informe de liquidación N° 248504, el día 13 de julio de 2020, vía correo electrónico, donde se rechaza el reclamo por el siniestro N° 2020-1418, en razón según se expresa que:

“El capital asegurado por la enfermedad grave “Cáncer” ya fue pagado al Asegurado en 2009 por el diagnóstico de Cáncer Gástrico teniendo en cuenta además que el diagnóstico actual “Carcinoma indiferenciado con células en anillo de sello” “es también de origen gástrico.”

Objeta lo señalado por el liquidador porque, si bien se señala correctamente que el año 2009 se pagó al asegurado por un diagnóstico de **Cáncer Gástrico**, el diagnóstico actual, no corresponde a un cáncer gástrico en absoluto, y no se entiende de qué manera el liquidador pudo alcanzar esta conclusión de manera tan liviana, ya que se funda únicamente en un certificado de fecha 5 de junio, teniendo a disposición múltiple documentación más completa y de fecha posterior, y derivada de un examen de biopsia. A propósito, el referido “CERTIFICADO” señala: *“se demostró mielofibrosis, y extensa infiltración de medula ósea por carcinoma indiferenciado con células de sello sugerentes de origen digestivo, especialmente gástrico. Estudio con pet, endoscopia y colonoscopia no ha demostrado primario”* lo que contrasta con los otros informes obtenidos de forma posterior. Ahora lo que se impugna es que la conclusión a la que se lleva es que el segundo cáncer sería consecuencia del cáncer anterior y consecuentemente con ello, estaría en los casos de exclusión. Echa de menos un diagnóstico médico fidedigno, naturaleza que no tiene el referido “certificado”.

Entiende entonces que es arbitraria la decisión de la Aseguradora además que le sorprende la liviandad con que se rechaza un siniestro de esta envergadura, no sólo por los montos dinerarios involucrados, sino por lo delicado del diagnóstico y el resultado final de este proceso médico. Con ello no se pretende insistir en el inadecuado trabajo del liquidador para el caso concreto, sino que, más bien, en el impresentable método de aceptación o rechazo por parte de la



aseguradora que se escuda en una retórica poco seria, y sin siquiera respaldar sus resoluciones con rigor científico, y de la calidad que la familia del Sr. Secall (Q.E.P.D.), y cualquier otra familia que atraviese por estos momentos, esperaría.

En cuanto a las garantías vulneradas, se funda en el artículo 19 N°1 de la Constitución Política de la República, “El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona”, porque la recurrente niega la cobertura a mis representados, y en este orden de ideas se está perturbando el derecho a la integridad psíquica de los mismos y por tanto salud, ya que mientras se encuentre pendiente la resolución del presente recurso y, además de sentirse minusvalorados por la aseguradora que rechazó sus pretensiones valiéndose de una pobre fundamentación, Clínica Las Condes mantiene una cuenta pendiente de alrededor de cien millones de pesos con los aludidos. En segundo lugar, el artículo 19 n° 24: “El derecho de propiedad en sus diversas especies sobre toda clase de bienes corporales e incorporales”. Mediante la ley, y la suscripción del contrato entre el padre de mis representados y Ohio National Seguros de Vida S.A., don Arnaldo Secall Olfos (Q.E.P.D.) ha adquirido, e incorporado en su patrimonio, los derechos que emanen del mismo, entendiéndose entre ellos el las coberturas pertinentes. A su vez, la recurrente que está negando la cobertura por el valor contratado está procurando reducir el patrimonio de su representado al negar ilegalmente dicho valor, y es que la presente materia no se encuentra resuelta. En este orden ideas, la recurrente vulnera los derechos incorporados en el patrimonio de sus representados al negar la cobertura contratada en la póliza, afectando a todas luces el derecho de propiedad de éstos.

Finaliza pidiendo que se acoja el recurso y restablecer el imperio del derecho, disponiendo que el recurrente debe dar cobertura al siniestro N° 2020-1418, pagando al beneficiario (Q.E.P.D.) o a sus herederos, el capital asegurado ahí contratado, es decir UF. 3.000, los que equivalen a la fecha aproximadamente a \$86.000.000 (ochenta y seis millones de pesos), todo con expresa condena en costas.

SEGUNDO: Que comparece doña **JOANNA CELLA HARING**,

abogado, en representación, de **OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A.**, evacuando el informe, pide el rechazo del recurso. Luego de exponer los antecedentes en que este se funda, señala que don Arnaldo Boris Secall Olfos (Q.E.P.D.) celebró con fecha 15 de febrero de 2001, la contratación de la Póliza de Seguro de Vida N° 5332 con su representada y la cobertura contratada correspondiente a Enfermedades Graves y el Capital Asegurado, el cual asciende a UF 3.000, así como también el Código POL bajo el cual las Condiciones Generales fueron inscritas en el registro que lleva para estos efectos la ex Superintendencia de Valores y Seguros, hoy Comisión para el Mercado Financiero. Las Condiciones Generales previamente individualizadas establecen, a modo de resumen, el detalle de las enfermedades que cuentan con cobertura (artículo 1), las exclusiones de cobertura (artículo 3), vigencia y renovación de la Póliza (artículo 4), terminación del contrato (artículos 5 y 8), rehabilitación de la Póliza (artículo 11), así como también los métodos a través de los cuales el asegurado, el contratante o el beneficiario, resolverán los conflictos derivados del contrato con el asegurador (artículo 12).

Explica que, con fecha 11 de junio de 2020, recibió el denuncio del siniestro por la cobertura de enfermedades graves, asignándose para efectos de practicar la liquidación correspondiente al liquidador oficial Charles Taylos Adjusting. Luego de solicitar y analizar los diversos antecedentes asociados al siniestro denunciado, así como también las disposiciones contenidas en el contrato celebrado, el liquidador designado determinó que el siniestro denunciado carecía de cobertura. En la Póliza se indica el listado taxativo de enfermedades graves cubiertas por la póliza. Conforme a dicho listado cuentan con cobertura las siguientes:

“Cáncer, Accidente Vascular Cerebral, Infarto al Miocardio, Revascularización Coronaria (by-pass), Insuficiencia Renal Crónica, Transplante de órganos mayores, Esclerosis múltiple, Parálisis, Pérdida de Miembros, Ceguera, Pérdida de la Audición, Cirugía de Válvulas Cardiacas, Injerto Aórtico, enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Parkinson, Distrofia Muscular, Politraumatismo,

Quemaduras Graves, Neurocirugía”.

Las Condiciones Generales de la Póliza, inscritas en el registro de pólizas bajo el código POL 2 98 024, establecen en su artículo 1 (denominado “COBERTURA”), inciso primero que, “*La compañía aseguradora pagará la suma asegurada señalada en las Condiciones Particulares si después del período de espera y dentro de la vigencia del seguro, al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica, de aquellas cubiertas por esta póliza, en los términos y condiciones establecidos en este contrato*”.

De lo anterior, infiere que un segundo diagnóstico por alguna de aquellas enfermedades del listado que enumera las enfermedades cubiertas por la Póliza no tendrá cobertura. Lo corrobora mencionando el artículo 1 del citado Condicionado General en su inciso tercero.

En consecuencia, el primer diagnóstico de cáncer en todas sus formas y en el amplio sentido y alcance de la enfermedad, cuenta con cobertura en el contrato celebrado, salvo que se trate de aquellos no cubiertos expresamente por el artículo en mención o que, en interpretación armónica con el inciso primero de este artículo, el paciente asegurado ya haya padecido esta enfermedad con anterioridad. Reitera que al momento de definir la enfermedad, se ha utilizado un concepto general en atención a que la enfermedad cubierta es el cáncer en cualquiera de sus tipos (salvo aquellos expresamente excluidos), para efectos de determinar la procedencia de la cobertura en un primer diagnóstico, así como también para determinar que una vez presentado el cuadro clínico que contempla la definición por segunda vez durante la vigencia del seguro, estamos en presencia de un segundo diagnóstico independiente de que la presencia de este tumor o tumores malignos, se presente en un órgano diverso a aquel en que presentó en su primera oportunidad.

Complementa y refuerza lo señalado anteriormente, el artículo 3 (denominado “EXCLUSIONES”) dispone que “*En ningún caso la compañía aseguradora pagará una enfermedad o intervención quirúrgica que sea consecuencia, complicación o secuela de una*



enfermedad preexistente o de alguna ya reclamada y pagada con anterioridad, independientemente del tiempo transcurrido desde su primer diagnóstico”.

Su representada procedió a indemnizar a don Arnaldo Boris Secall Olfos por Cáncer (Gástrico), entregando la suma de UF 3.000. A partir de esa fecha, la póliza se mantuvo vigente con el objeto de cubrir el primer diagnóstico de cualquiera de las otras enfermedades cubiertas por la póliza.

Por lo anterior, queda de manifiesto que el proceso de liquidación llevado a cabo no puede calificarse como arbitrario ni menos aún ilegal, toda vez que justamente se funda en las disposiciones contractuales previamente conocidas por ambas partes, aplicación que también se ajusta a lo dispuesto por el artículo 1545 del Código Civil chileno. Explica que no hay acto arbitrario ni ilegal, como tampoco vulneración a las garantías que se han denunciado como vulneradas.

Enseguida, expone que, la acción de protección no es el instrumento jurídico para resolver las contiendas derivadas del contrato de seguro por lo que expresamente se convino en el artículo 12 de las Condiciones Generales de la Póliza, que dispone que debe ser de conocimiento de la justicia arbitral; lo que aparece reforzado con el artículo 543 del Código de Comercio. Agrega que la indemnización del siniestro que la parte recurrente entiende como un derecho ya adquirido para accionar mediante el presente recurso, corresponde a una errada interpretación del contrato, ya que para la procedencia de la reclamada indemnización es necesaria la concurrencia de determinados requisitos que la propia Póliza establece y que para el presente caso no concurren.

TERCERO: Que el recurso de protección de garantías constitucionales, consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción de evidente carácter cautelar, destinada a amparar el libre ejercicio de las garantías y derechos preexistentes que en esa misma disposición se enuncian, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar

EPPDJBWFH
EPPDJBWFH
EPPDJBWFH
EPPDJBWFH

ante un acto u omisión arbitrario, o ilegal, que impida, amague o perturbe ese ejercicio.

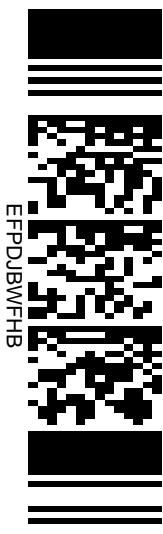
CUARTO: Que de acuerdo con lo anterior, es requisito indispensable de la acción cautelar de protección, la existencia actual de un acto u omisión ilegal,-esto es-contrario a la ley- o arbitrario, producto del mero capricho de quien incurre en él, y que provoque alguna de las situaciones que se han indicado, de manera tal de situarse la Corte en posición de adoptar alguna medida que contrarreste, neutralice o anule los efectos indeseables de la acción u omisión.

Tampoco constituye una instancia por la que se promueva el debate sobre la procedencia o improcedencia de un derecho, sino que su real objeto está constituido porque lo que se cautela es la existencia de un derecho indubitado.

QUINTO: Que el acto que se alega como arbitrario e ilegal es la negativa de la recurrida de otorgar cobertura a la enfermedad que afectó al causante de los recurrentes y que le causó la muerte, basado en el informe de liquidación que se realizó, por cuanto en éste se señala que el cáncer sería una consecuencia de aquél anterior que le afectó y del que se recuperó, lo que se controvierte por los recurrentes; discusión que tiene especial relevancia para la procedencia de la indemnización porque se estipuló- como causal de exclusión- que no procede otorgar cobertura por segunda vez, por la misma enfermedad.

SEXTO: Que, de este modo, no se advierte que la recurrente ostente para tener derecho al pago de la indemnización reclamada un derecho indubitado, que es requisito indispensable para la procedencia del recurso y esto determina que la resolución del conflicto existente entre las partes, excede el ámbito de esta acción cautelar.

SEPTIMO: Que, en efecto, se trata de materias que dicen relación con un aspecto de carácter técnico-médico y de interpretación de cláusulas contractuales, que se aleja del objeto pretendido por esta acción cautelar y que, cuyo conocimiento- según lo convenido- es materia de la jurisdicción arbitral, la que en definitiva, debe resolver si corresponde a o no otorgar la cobertura solicitada por los recurrentes.



OCTAVO: Que de acuerdo con lo que se viene razonando, corresponde desestimar que el asunto pueda ser resuelto y dirimido por la presente vía, siendo innecesario emitir pronunciamiento sobre la existencia o no de garantías quebrantadas.

Y de acuerdo, con lo preceptuado en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República, y Auto Acordado sobre tramitación del Recurso de Protección, **SE RECHAZA**, sin costas, el recurso de protección deducido por doña MARÍA JOSÉ SECALL KATTAN, y don ANTONIO SAID SECALL KATTAN en contra de OHIO NATIONAL SEGUROS DE VIDA S.A.

Redacción de la ministra señora Marisol Rojas Moya

Regístrese, comuníquese y archívese.

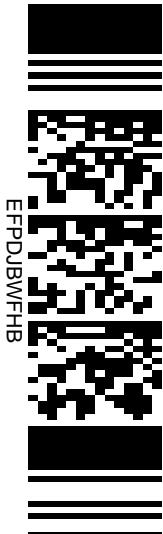
NºProtección-79703-2020.

Pronunciada por la **Séptima Sala** de la Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por la Ministra señora Marisol Rojas Moya e integrada por la Ministra señora María Rosa Kittsteiner Gentile y por la Ministra señora Gloria Solís Romero.



Pronunciado por la Séptima Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Marisol Andrea Rojas M., M.Rosa Kittsteiner G., Gloria Maria Solis R. Santiago, cinco de abril de dos mil veintiuno.

En Santiago, a cinco de abril de dos mil veintiuno, 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 04 de abril de 2021, 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>