

Concepción, quince junio de dos mil veintiuno

**VISTO:**

Comparecen los abogados JAVIER ZEHNDER GILLIBRAND y GONZALO MONTORY BARRIGA, abogados, domiciliados en Av. Diagonal 1057, Piso 4, Concepción, en representación de **ELISEO RAFAEL CARRASCO BLAZQUEZ**, jubilado, de su mismo domicilio, deduce recurso de protección en contra de la empresa **BICE VIDA Compañía de Seguros S.A.**, persona jurídica del giro de su denominación, representada para estos efectos por su gerente **ANDRES VARAS GREENE**, ambos con domicilio en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, Santiago, y en Arturo Prat 199, Local 2, Concepción, a fin de que se restablezca el imperio del derecho y se ordene a la entidad recurrida que pague las coberturas de salud que le ha negado a nuestro representado, a través de los actos ilegales y arbitrario que relata, con costas.

Señalan que su representado celebró un contrato de seguro de prestaciones médicas con la empresa BICE VIDA Compañía de Seguros S.A., quedando signada la póliza respectiva con el N° SPM – 00223319. Este seguro fue inicialmente contratado con la Compañía de Seguros La Construcción, el 9 de Agosto de 2000, de la cual BICE VIDA es continuadora legal. Desde entonces, el contrato se ha renovado automáticamente cada año, en los términos del artículo 5º de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro mencionada. La última renovación es de fecha 1º de Septiembre de 2019.

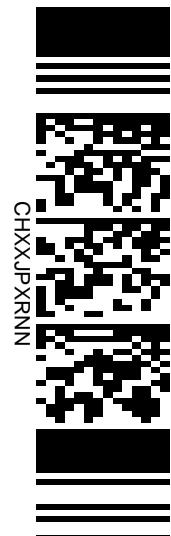
Sin perjuicio de lo acordado por las partes en lo referente a la duración del contrato, en el artículo 1º inciso final de las Condiciones

CHXXJPXRNN

Particulares de la Póliza de Seguro de Prestaciones Médicas, las partes acordaron que la Compañía Aseguradora extendía a 4 años el plazo en el que continuaría cubriendo los gastos hospitalarios y ambulatorios del asegurado, derivados de accidentes o diagnósticos de enfermedades ocurridos durante la vigencia de la póliza, plazo que se contabilizaría a partir de la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad. De esta forma se garantizaba a todo asegurado que, si durante uno de los períodos de renovación anula de la póliza, se le diagnosticaba una enfermedad o sufría un accidente, no se le pondría término al contrato al final del respectivo período, prolongándose por un plazo de 4 años más.

Destaca que la Compañía Aseguradora, al prestar su consentimiento para incluir esta cláusula, no hizo salvedad ni distinción alguna relacionada con la edad del asegurado. El único requisito exigido para la extensión temporal de la cobertura fue que el asegurado sufriera un accidente o se le diagnosticara una enfermedad durante la vigencia de la póliza.

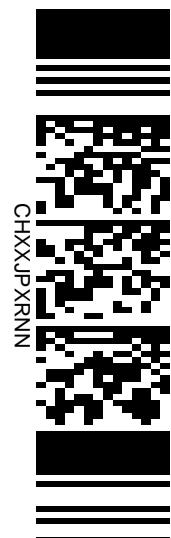
Agrega que el día 5 de Julio del año 2019, esto es, antes de la última renovación referida y encontrándose vigente la Póliza de Seguro contratada, a don Eliseo Rafael Carrasco Blázquez le fue diagnosticado un cáncer gástrico, según se desprende de la biopsia, de los certificados médicos y de la notificación de la cobertura GES, diagnóstico que fue comunicado a la empresa BICE VIDA Compañía de Seguros S.A., el día 07 de Agosto de 2019, quedando registrado el denuncio en la Compañía con el N° 104979 y el siniestro con el N° 92961, dándose el supuesto de hecho acordado por las partes en el artículo 1º inciso final de las Condiciones



Particulares de la Póliza, antes mencionado, lo que provocó la extensión automática del plazo de cobertura en 4 años, contados desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad de cáncer sufrida (5 de Julio del año 2019) plazo de cobertura que se extendió, en consecuencia, hasta el día 5 de Julio de 2023.

Precisan que la empresa BICE VIDA Compañía de Seguros S.A., comprendiendo esta situación, no dio aviso de término anticipado de la póliza con la antelación señalada en el contrato, por lo que el 1º de septiembre de 2020 dicha póliza se renovó automáticamente, lo que es concordante con la prolongación de la cobertura por 4 años, según lo acordada en el contrato, a contar del diagnóstico de cáncer, en el correcto entendimiento de que no obstante tener la edad de 75 años, el diagnóstico del cáncer activaba la prolongación de la cobertura por los siguientes 4 años, procediendo incluso la Compañía recurrida a reembolsar los gastos denunciados tras cumplir el recurrente la edad de 75 años.

Destaca que la relación contractual del recurrente con la compañía de seguros se mantuvo vigente después de cumplidos los 75 años, sin que existiera una negativa definitiva y formal de parte de aquella a la prestación de las coberturas contratadas. De hecho, el recurrente siguió solicitando reembolsos y ellos se continuaron tramitando por la recurrida, y sólo con fecha 17 de marzo de 2021 pasado, se percata de que la recurrida había remitido por correo electrónico su Liquidación de siniestro N°152881, adjunta, por el cual la compañía le comunica que el motivo del rechazo de los últimos reembolsos solicitados – y después de haber reembolsado otros tras los 75 años del recurrente - se debía a: "Tratamiento realizados

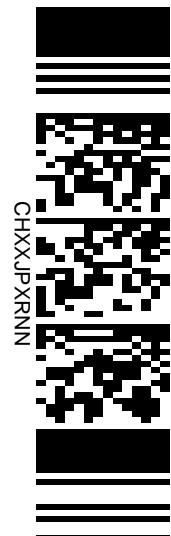


posterior al término de vigencia de la póliza N°2233, según lo indica el art. 6 de las Condiciones”

De lo anterior, se desprende que la recurrente al percatarse del alto costo del tratamiento del cáncer del recurrente, decide dar pie atrás a su inicial correcto entendimiento - de que la póliza y coberturas seguían vigentes a lo menos hasta completar los 4 años posteriores al diagnóstico del cáncer que le afecta - para ampararse en la edad del asegurado, y así dejar de prestar cobertura.

Evidentemente, atendida la gravedad de la enfermedad y el altísimo costo de su tratamiento, estiman que esta negativa de la compañía aseguradora, arbitraria y alejada de lo establecido en el contrato de seguro, deja al recurrente en un grave desamparo y le expone a efectos graves en su salud (si no en su vida), que requieren de un remedio urgente a través de la presente acción de protección, lo que se ve aún más acentuado, si se considera que el tratamiento estaba produciendo positivos efectos en el Sr. Carrasco, tratamiento que quedará en nada si no se continúa con él.

Conforme a lo señalado, el proceder de la empresa BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. es ilegal y arbitrario, ya que pretende aprovecharse y sacar partido de la coyuntura de la edad del asegurado para sustraerse al cumplimiento de las obligaciones que emanan de un contrato vigente, cuya cobertura se había extendido por cuatro años, a contar del diagnóstico de la enfermedad de cáncer de don Eliseo Rafael Carrasco Blázquez, conculado, de esta forma, un derecho indubitable del asegurado a recibir las coberturas acordadas en la póliza contratada, por el plazo acordado, derecho que emana de un contrato legalmente celebrado y que, por lo

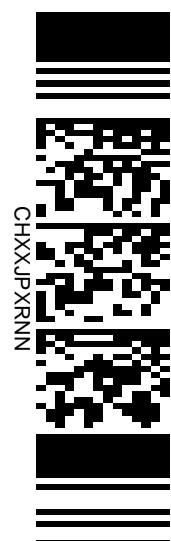


mismo, es una ley para las partes. Ha traicionado, también la confianza del asegurado, quién no obstante haber satisfecho oportunamente sus obligaciones contractuales y haber acordado expresamente la extensión de las coberturas por 4 años, se ha visto enfrentado a la insatisfacción de las prestaciones pactadas, que impone la lealtad en el cumplimiento de los acuerdos, más aun en contratos en donde debe primar la buena fe, como son los contratos de seguro.

En consecuencia, la recurrente ha desconocido por completo la extensión temporal de la cobertura, cuya regularización fue acordada expresamente en la Póliza respectiva y aceptada por la Compañía, disponiendo por sí y ante sí, el cese de la cobertura de la patología sufrida y diagnosticada al asegurado, fundado en que había cumplido la edad máxima de permanencia en el contrato, lo que constituye un antecedente absolutamente extraño a la prolongación pactada, y que denota un comportamiento oportunista de parte de la Compañía de Seguros, al asilarse en una regla general del contrato por sobre una especial, generando consecuencias negativas para la estabilidad y la seguridad jurídica del asegurado, quien se ha visto despojada de una cobertura imprescindible para tratar su deteriorada situación de salud, producto del cáncer que padece.

Estiman conculcadas las garantías consagradas en el artículo 19 numerales 24 y 1 de la Carta Fundamental, esto es, el derecho de propiedad y el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de las personas.

Piden, que acogiendo el recurso, se ordene a la recurrente que proceda a efectuar la cobertura, el reembolso y al pago de todos los



riesgos que se encuentren bajo la cobertura del Seguro de Salud, Póliza N° 173572, suscrita por don Eliseo Rafael Carrasco Blázquez, restableciendo así el imperio del derecho, con costas.

Informa el abogado don Rodrigo Santa María Vega en representación de BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., planteando primeramente que el recurso es extemporáneo, atendido que su representada rechazó e informó la cobertura solicitada por el recurrente el 12 de febrero del año en curso y el presente recurso fue deducido el 29 de marzo de 2021, habiendo transcurrido 45 días desde que tomó conocimiento, excediendo en el plazo fatal de 30 días corridos para su interposición, que señala el Auto Acordado respetivo.

Por otra parte, sostiene que desde el año 2019, se enviaron 9 correos electrónicos a la dirección del recurrente (elicar1644@gmail.com) en donde se le ha estado informado de los pagos de su seguro de salud.

En cuanto al fondo, sostiene que don Eliseo Carrasco Blazquez, fue efectivamente asegurado de BICE Vida Compañía de Seguros S.A. y que en julio de 2000, suscribió la “Propuesta Única de Seguro” donde contrató una Póliza de Prestaciones Médicas que tuvo vigencia por 20 años. (1/09/2000 a 1/09/2020), que se encuentra incorporada en el Registro de pólizas de la ex Superintendencia de Valores y Seguros, hoy Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL 299003.

Arguye que el Seguro de Prestaciones Médicas terminó su vigencia el 1 de septiembre de 2020, oportunidad en que se le envió carta certificada al domicilio del recurrente informándosele sobre la caducidad del seguro de salud, por así disponerlo el contrato de



seguro. Esta carta fue recibida personalmente. Luego, en el mes de febrero de 2021, se reciben gastos médicos del recurrente, los cuales se rechazaron debido a que la prestación de salud se incurrió fuera de la vigencia de la póliza. En otras palabras, la atención de salud no fue dentro de la vigencia de la póliza.

Precisa que los gastos de salud que se rechazaron derivan de prestaciones de salud incurridas con posterioridad al término de la póliza. Hace presente que hasta la fecha su representada ha pagado por concepto de siniestros al recurrente la cantidad de \$ 5.107.021

En cuanto al contenido de la póliza de prestaciones médicas (POL 299003) señala que sus Condiciones Generales están compuestas por 19 artículos donde se exponen las coberturas, exclusiones, duración de la póliza, gastos, monto máximo de reembolso, aviso de siniestros, pago de los mismos, prima, arbitraje, entre otras cláusulas.

Adicional a las Condiciones Generales, indica que en todo seguro existen las “Condiciones Particulares”. “...todas aquellas estipulaciones que regulan aspectos que por su naturaleza no sean materia de condiciones generales, y que permiten la singularización de una póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades tales como: requisitos de aseguramiento, individualización del asegurador, contratante, asegurado y beneficiario, si corresponde; descripción, destino, uso y ubicación del objeto o materia asegurada, monto o suma asegurada, prima convenida y su forma de pago, franquicias, deducibles o límites de cobertura convenidas y duración del seguro.”

De esta manera, en las Condiciones Particulares aplicables al

contrato de seguro de salud materia del presente recurso se detallan materias que permiten acotar la póliza de seguro. Enfatiza que la póliza contratada se convino con el recurrente hasta la edad máxima de permanencia, lo que en el presente caso se cumplió a los 75 años de edad del asegurado, cumpliéndose con la edad máxima de permanencia, al asegurado se le comunicó término a su contrato de seguro por haber alcanzado la edad máxima de permanencia establecida.

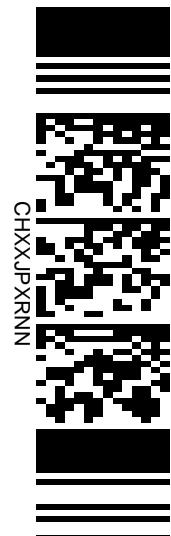
Por otra parte, alega que los 4 años de que habla el recurrente suponen necesariamente que la póliza esté vigente y que los gastos hospitalarios y ambulatorios hayan ocurrido dentro de la vigencia de la póliza.

Hace presente que el último pago de prima del recurrente fue en marzo del año 2020, prima que pagaba de forma semestral y cuyo último pago cubrió hasta el término de la póliza, esto es el 1 de septiembre de 2021.

Por otra parte, alega que la acción cautelar de protección no es la vía idónea para resolver materias de lato conocimiento con carácter contradictorio en donde el motivo de la controversia sea de índole interpretativo de cláusulas contractuales.

Refiere, también, que el presente Recurso de Protección no se encuentra orientado a resolver materias que son previas y propias de un proceso de lato conocimiento, por el mismo hecho de la sumariedad y rapidez del Recurso de Protección.

Concluye señalando que el actuar de su representada se ha basado en dar cumplimiento estricto al único contrato de seguro suscrito por el recurrente, esto es la Póliza De Prestaciones Médicas,



por lo que solicita el rechazo del recurso, con costas.

Se trajeron los autos en relación.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que el recurso de protección de garantías constitucionales establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción constitucional de urgencia, de naturaleza autónoma, 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 perturbe ese ejercicio.

Por consiguiente, resulta requisito indispensable de la acción de que se trata, la existencia de un acto u omisión ilegal, esto es, contrario a la ley, según el concepto contenido en el artículo 1º del Código Civil, o arbitrario, o sea, producto del mero capricho de quien incurre en él, y que provoque algunas de las situaciones o efectos que se han indicado, afectando a una o más de las garantías -preexistentes- protegidas, consideración que resulta básica para el análisis y la decisión del recurso que se ha interpuesto.

**SEGUNDO:** Que el acto que en la especie se estima ilegal y arbitrario, consiste en la negativa de la recurrida a entregar al recurrente las coberturas de salud conforme a la póliza respectiva con el N° SPM – 00223319, vulnerando el derecho de propiedad y el derecho a la vida y a la integridad física, garantizados en los numerales 24 y 1 de la Constitución Política de la República.

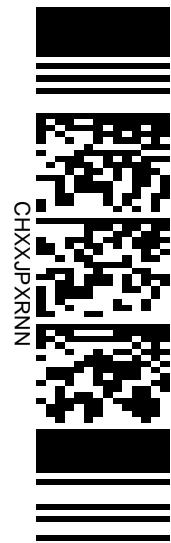
**TERCERO:** Que primeramente el abogado de la parte recurrida ha cuestionado la oportunidad del recurso de protección y ha solicitado

sea declarada su extemporaneidad, desde que su representada rechazó e informó acerca de la cobertura solicitada por el recurrente el día 12 de febrero del año en curso y el recurso sólo fue deducido el 29 de marzo de 2021, habiendo transcurrido 45 días desde que tomó conocimiento del hecho que cuestiona a través de su libelo, excediendo por tanto el plazo fatal de 30 días corridos para su interposición, que estatuye el Auto Acordado sobre tramitación y fallo de esta clase de recursos, de la Excma. Corte Suprema.

Por otra parte, sostiene además que desde el año 2019, se han enviado 9 correos electrónicos a la dirección del recurrente (elicar1644@gmail.com) en donde se le ha estado informado de los pagos de su seguro de salud.

Sobre este punto, la parte recurrente asegura que sólo con fecha 17 de marzo de 2021, se ha percatado que la recurrente había remitido por correo electrónico su Liquidación de siniestro N°152881, por el cual la compañía le comunica y da cuenta del motivo del rechazo de los últimos reembolsos solicitados por tratamientos realizados en forma posterior al término de vigencia de la póliza N°2233, según lo indica el art. 6 de las Condiciones del respectivo contrato de seguro.

**CUARTO:** Que la pretensión de la recurrente en orden a haber presentado el recurso de protección dentro de plazo, – señalando haber tomado conocimiento de la liquidación de siniestro N°152881 tan solo el 17 de marzo de 2021-, constituye una afirmación que no obstante ser plausible de plantear, lo cierto es que no se asila objetivamente en antecedente alguno que le sirva de sustento en esta sede cautelar de urgencia, y configura más bien una declaración de principios o exigencia de confianza o fe a su parte, la cual, sin perjuicio



de la natural valía y buena fe procesal que informa el procedimiento, desde un punto de vista procedural aún en esta sede de protección no resulta aceptable, teniendo presente la completa inseguridad jurídica que aceptar una proposición semejante supone, y porque para su plausibilidad evidentemente se requiere de más y mejores antecedentes que la abonen, en términos tales de poder esta Corte resolver de manera consecuente y fundada, de acuerdo a la ley y con respeto y resguardo de los derechos de todas las partes involucradas.

**QUINTO:** Que según establece en lo pertinente, el N°1 del Auto Acordado de tramitación del recurso de protección de garantías constitucionales, la acción de protección debe necesariamente presentarse dentro del plazo fatal de treinta días corridos contados desde la ejecución del acto o la ocurrencia de la omisión o, según la naturaleza de éstos, desde que se haya tenido noticias o conocimiento cierto de los mismos.

De esta manera, tratándose de una notificación llevada a cabo a través del envío de correo electrónico de 12 de febrero de 2021 y habiendo sido presentado el recurso de protección el día 29 de marzo de 2021, no cabe sino concluir que ha sido presentado al día número 45 contado desde la fecha de recepción del correo electrónico de que se trata, con lo que ha sido interpuesto de manera extemporánea, debiendo ello ser declarado así, sin que sea necesario entrar a discernir acerca de las restantes alegaciones planteadas en subsidio por la parte recurrida.

Por estas consideraciones, y teniendo presente lo prevenido 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 RECHAZA**, por extemporáneo y sin costas, el deducido por los abogados JAVIER ZEHNDER GILLIBRAND y GONZALO MONTORY BARRIGA en representación de don ELISEO RAFAEL CARRASCO BLAZQUEZ,, en contra de la empresa BICE VIDA Compañía de Seguros S.A..

Regístrese, notifíquese y, en su oportunidad, archívese.

Redacción del Ministro Gonzalo Rojas Monje.

Rol N° 1072-2021 Recurso de Protección.



Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Concepción integrada por los Ministros (as) Claudio Gutierrez G., Gonzalo Rojas M. y Abogado Integrante Jean Pierre Latsague L. Concepcion, quince de junio de dos mil veintiuno.

En Concepcion, a quince de junio 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>