

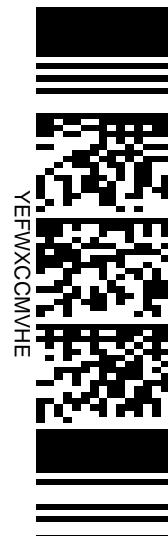
Santiago, nueve de noviembre de dos mil veintidós.

**Vistos y teniendo presente:**

**Primero:** Que, con fecha 30 de marzo de 2022 comparece Francisco Javier Burdach Vásquez, pensionado, quien interpone recurso de protección en contra de BICE Vida Compañía de Seguros S.A. por el acto que estima arbitrario e ilegal consistente en el rechazo sin justificación legal de la cobertura por invalidez a la que tiene derecho según el contrato de seguro válidamente celebrado en el año 2016 con la recurrente, lo que estima vulnera las garantías contenidas en los numerales 1 y 24 del artículo 19 de la Carta Fundamental, por lo que pide dejar sin efecto la exclusión esgrimida y que la recurrente debe otorgar la cobertura pactada, disponiendo el pago de la póliza denominada “Full Protección a los 80 años” N° 107141, con un capital asegurado UF 5.000 por invalidez 2/3, con costas.

Para fundar su recurso expone que tiene 55 años, con actividades de corredor ganadero, por lo que debe recorrer diariamente grandes distancias del sur del país, en concreto, entre 200 a 300 kilómetros diarios, lo que implica un desgaste físico importante, razón por la cual no le sorprendió ni preocupó cuando en el año 2015 comenzó con molestias en el brazo izquierdo y leves movimientos involuntarios que le llevaron a consultar con un médico particular, el que después de examinarlo, atribuyó estos síntomas a un simple cuadro de stress. Agrega que con el paso del tiempo, los síntomas se fueron intensificando por lo que, en el mes de julio del año 2017, y por recomendación de un amigo médico, consultó con un neurólogo, quien después de realizar los estudios de rigor le diagnosticó Parkinson Idiopático Moderado.

Expone que con el paso del tiempo, el cuadro fue evolucionando en su intensidad lo que determinó que en el año 2019 solicitase la declaración de invalidez ante la Superintendencia de Pensiones, la que, luego de un

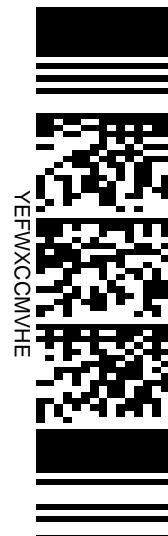


riguroso proceso de evaluación y reevaluación, dictaminó con fecha 15 de noviembre de 2021, mediante resolución N° 021.1185/2021 que “*las enfermedades alegadas como invalidantes, provocan una pérdida de la capacidad de trabajo mayor a los dos tercios, por lo que ACUERDA: ACEPTAR INVALIDEZ DEFINITVA TOTAL*”

Añade que una vez recibido el dictamen de la Superintendencia de Pensiones presentó sus antecedentes médicos ante un par de compañías de seguro con las que había contratado pólizas en caso de invalidez y la única que rechazó la cobertura fue la recurrente, arguyendo que su enfermedad era una preexistencia de salud, lo que estima no es tal.

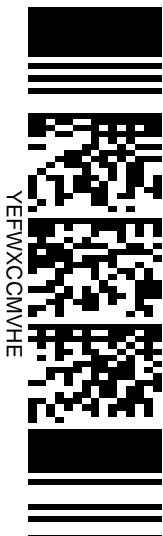
Explica que el 1 de agosto de 2016 suscribió con la recurrente un seguro de vida individual denominado “Full Protección a los 80 años” según póliza N° 107141, con un capital asegurado UF 5.000 para el caso de fallecimiento, muerte accidente e invalidez de 2/3, sosteniendo que la citada póliza fue suscrita antes de que se diagnosticase el Parkinson, pues el diagnóstico de dicha enfermedad ocurrió el 19 de julio de 2017, es decir, casi un año después de la suscripción de la póliza.

Indica que dictaminada su declaración de invalidez superior a los 2/3 por la Superintendencia de Pensiones, presentó sus antecedentes médicos ante Zurich Santander Compañía de Seguros y la recurrente, con quienes contrató pólizas antes del diagnóstico referido. Manifiesta que con Zurich Santander Compañía de Seguros contrató el seguro el día 13 de julio del año 2017 y accedió a dar la cobertura reclamada, pagando el monto asegurado, sin cuestionar sus antecedentes médicos. La recurrente, en cambio, con fecha 21 de febrero de 2022 emitió un primer informe de liquidación en que señaló “*En razón de los antecedentes presentados, BICE VIDA, Compañía de Seguros S.A. comunica que el presente siniestro se encuentra rechazado*”.



Manifiesta que dicha decisión fue impugnada, la que fue rechazada con fecha 4 de marzo de 2022, argumentando que “usted presenta al menos desde el año 2014 los síntomas de una enfermedad neurológica, que fue diagnosticada en el año 2016 y que está directamente relacionada con la incapacidad que presenta”; “el diagnóstico que origina su incapacidad era conocido por usted con anterioridad al inicio de vigencia de su seguro”; “Adicionalmente, en el Artículo 3 de las mismas Condiciones antes señaladas, “Exclusiones” se indica que: La presente cláusula adicional excluye de su cobertura la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios del Asegurado, que ocurra a consecuencia de lesiones o enfermedades originadas por, o que provengan de: Letra f) Enfermedades y Dolencias Preexistentes, entendiendo que éstas corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado...”

Refiere que es un error indicar como fecha de diagnóstico el año 2016 cuando es evidente que fue el año 2017, y que la recurrida construyó su tesis de preexistencia en las referencias que hicieron dos profesionales de su testimonio ante la Superintendencia de Pensiones, lo que estima errado, por cuanto lo resuelto está en total contradicción con los pronunciamientos de la Corte Suprema sobre cuál es la correcta interpretación de las normas legales y contractuales aplicables en esta materia, ya que, según su jurisprudencia más reciente, lo relevante para determinar si se está en presencia de una preexistencia es la fecha del diagnóstico de la patología en cuestión, lo que ocurrió posterior a la entrada en vigor del contrato. Y, en segundo término, porque la respuesta que les dio a las profesionales de la Superintendencia de Salud sobre cuándo comenzaron los síntomas se produjo varios años después de establecido su diagnóstico de Parkinson, es decir, gracias a que conoce su diagnóstico es que pudo retroactivamente



darse cuenta de que aquellos síntomas que empezó a cursar en el año 2015 podrían ser de un Parkinson incipiente, pero de ninguna manera puede entenderse que conocía la enfermedad en el año 2015.

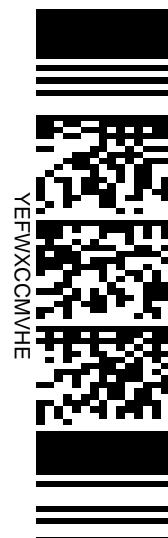
Finalmente explica que lo anterior vulnera las garantías que indica en su recurso, por lo que pide acogerlo en los términos arriba referidos.

**Segundo:** Con fecha 19 de mayo de 2022 comparece el abogado Rodrigo Santa María Vega en representación de la recurrente, quien evacúa el informe que le fuera a su representada. Pide el rechazo del recurso, con costas.

Expone que el presente es un asunto de naturaleza eminentemente médica, y basada en su asesoría médica y en el análisis de los antecedentes tenidos a la vista, arribó a una conclusión totalmente contradictoria a la del recurrente, es decir, que la enfermedad de Parkinson que lo aquejaba ya estaba en su conocimiento, dadas las características especiales de los síntomas de ésta y estaba siendo tratado desde antes de la contratación del seguro, entendiendo que este tipo de materias no pueden ser resueltas sino dentro de un debido proceso y de lato conocimiento.

Añade que con fecha 5 de julio del año 2016 el recurrente, a objeto de contratar el Seguro, completó y suscribió el formulario denominado “Declaración de Salud”, ocasión en que le asistía la obligación legal de informar con veracidad y precisión todo lo que se le preguntara en relación a su estado de salud, debiendo ser sincero en su actuar, agregando que en dicho formulario, el recurrente no cumplió con la obligación de declarar que tenía conocimiento de síntomas de la enfermedad preexistente asociada al Sistema Nervioso que lo aquejaba.

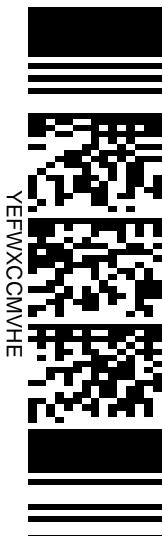
Sostiene que existe evidencia que el recurrente ya estaba experimentando síntomas evidentes e inequívocos de la enfermedad de Parkinson con anterioridad a la celebración del contrato de seguro,



añadiendo que hay antecedentes familiares -de acuerdo a lo consignado en las evidencias tenidas a la vista- que el recurrente tiene dos tíos con dicha enfermedad, una de ellas melliza de su madre, un análisis de los signos y síntomas que el propio paciente describe, y una exploración física y neurológica del paciente, y conforme a lo anterior, los síntomas y signos ya deben haber estado presentes el 4 de mayo del 2016, cuando el recurrido asistió a una consulta que aparece consignada en el listado de prestaciones médicas emitido por la Isapre del recurrente con el Dr. Hernández, fecha anterior a la contratación del Seguro.

Alega que en este procedimiento cautelar de derechos fundamentales la Corte no puede abocarse a conocer sumariamente acerca de la interpretación, cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones emanadas de los contratos de seguro, ya que eso importa revisar detenidamente los antecedentes médicos, los testimonios, las pericias y otros medios probatorios para determinar si la decisión de la Compañía de Seguros se ajusta a lo establecido en los contratos de seguro, debiendo estarse a lo dispuesto en la cláusula compromisoria (Artículo 21) que tiene la Póliza De Seguro Individual Sin Valores Garantizados (POL 220131367) que señala la forma de solución de conflictos entre las partes en relación a los contratos de seguros, entregándole la competencia a un juez árbitro.

Expresa que no ha tomado ninguna decisión antojadiza, ni menos que se pueda calificar de arbitraria e ilegal, en la resolución de esta materia, y que su actuar se ha basado en dar cumplimiento estricto al contrato de Seguro suscrito por el recurrente, y si existiere una situación de interpretación contractual, el recurso de protección tampoco es la herramienta procesal idónea para zanjarla, y que el actor no ha ejercido la facultad de acudir al arbitraje y, en su defecto, la justicia ordinaria, por lo que pide el rechazo del recurso, con costas.



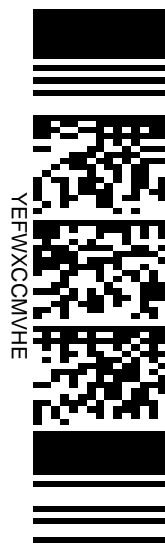
**Tercero:** Que el llamado recurso de protección se define como una acción cautelar de ciertos derechos fundamentales frente a los menoscabos que puedan experimentar como consecuencias de acciones u omisiones ilegales o arbitrarias de la autoridad o de particulares. Son presupuestos de esta acción cautelar: a) que exista una acción u omisión ilegal o arbitraria; b) que como consecuencia de la acción u omisión ilegal o arbitraria se prive, perturbe o amenace un derecho; y c) que dicho derecho esté señalado como objeto de tutela en forma taxativa en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.

**Cuarto:** Que el *quid* del pleito *sub lite* consiste en que el recurrente sostiene tener derecho a que la recurrente le otorgue la cobertura por invalidez que alega en su libelo por la enfermedad del Parkinson que le aqueja, atendido el contrato de seguro celebrado el 1 de agosto de 2016 con BICE Vida Compañía de Seguros S.A.

La recurrente niega tal derecho por cuanto asegura que la referida enfermedad ya era conocida por el recurrente al momento de suscribir el referido contrato y su correspondiente declaración de salud, por lo que alega la correspondiente preexistencia.

Tal es la discusión en autos.

**Quinto:** A efectos de resolver la cuestión de fondo, es menester traer a colación lo dispuesto en el artículo 591 del Código de Comercio que señala que “*Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor*”. De ello se desprende que la preexistencia se configura cuando existe un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad; que ésta aparece directamente relacionada con las intervenciones quirúrgicas por las que se



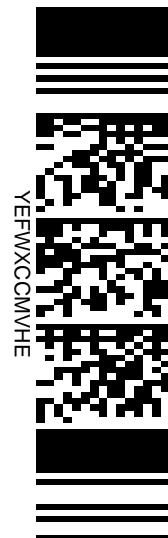
pide extender la cobertura, y, además, que el asegurado tenga cabal conocimiento del pronóstico antes de la firma del contrato.

Pues bien, el examen de la sucesión de los hechos y actos descritos en los motivos precedentes, dan cuenta que el contrato de seguro fue suscrito por las partes el día 1 de agosto de 2016, habiendo el recurrente suscrito al efecto el documento denominado Declaración de Salud el 5 de julio del año 2016, época en la que si bien los resultados de los exámenes referidos señalaban diversos síntomas médicos que aquejaban al recurrente, éste no había sido diagnosticado de la enfermedad del Parkinson.

Es más, la confirmación diagnóstica de la patología a la que se vinculan los gastos cuyo reembolso ha sido denegado, se produjo con posterioridad, esto es el 19 de julio de 2017, según da expresa cuenta el Certificado Médico acompañado en autos emitido por el médico neurólogo Marcelo Leiva Hernández fechado 25 de marzo de 2022, y que reza como sigue:

*“Certificado Médico. El Médico que suscribe certifica que el paciente: Javier Burdach Vásquez; Rut: 10.540.896-k; fue atendido por primera vez el: 19/07/2017; siendo diagnosticado con Enfermedad de Parkinson en ese momento; en esa misma consulta inicia su tratamiento con su medicamento (Prolopa). El paciente actualmente se encuentra bajo tratamiento médico desde la fecha antes indicada y realiza sus controles de manera permanente. Atte. Dr. Marcelo Leiva Hernández Rut 11.502.567-8 Neurólogo Valdivia 25/03/2022”*

Siendo ello así, no se cumple el requisito de la preexistencia previsto en el citado artículo 591 del Código de Comercio, pues a la fecha de la declaración de salud no existía un diagnóstico médico fidedigno que diera certeza a la preexistencia de la enfermedad.



**Sexto:** Que, por tal razón no es posible determinar que al momento de realizar su declaración fuera exigible al asegurado proporcionar una información de la que carecía en los términos en que la ley lo dispone, de tal manera que semejante falencia no puede servir a la aseguradora como excusa para negarse a bonificar los gastos que irrogaron las prestaciones de salud recibidas por éste en relación a la dolencia que lo aquejaba.

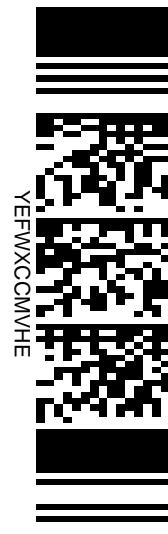
**Séptimo:** Que, la conducta de la compañía recurrida afectó la garantía esencial consagrada en el artículo 19 N° 24, de la Constitución Política de la República, al haberse negado a otorgar la cobertura económica a que tiene derecho, motivo por el cual se impone el acogimiento del presente recurso en los términos que se indicará en lo resolutivo.

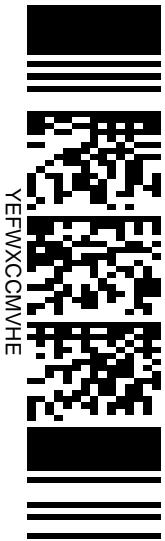
Por lo razonado y lo dispuesto en el artículo 20 de la Constitución Política de la República y en el Auto Acordado de la Corte Suprema sobre Tramitación y Fallo del Recurso de Protección, *se acoge, sin costas*, el recurso de protección interpuesto por Francisco Javier Burdach Vásquez en contra de BICE Vida Compañía de Seguros S.A., y se ordena a la recurrida que deje sin efecto la exclusión del recurrente y le otorgue a Francisco Javier Burdach Vásquez la cobertura pactada, disponiendo el pago de la póliza denominada “Full Protección a los 80 años” N° 107141, con un capital asegurado UF 5.000 por invalidez 2/3.

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

**Redacción del Abogado Integrante señor Jorge Benítez Urrutia.**

**Protección N° 4.424-2022.**

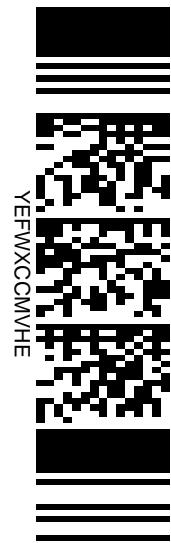




YEFWXCXCMVHE

Pronunciado por la Quinta Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago integrada por Ministra Paola Danai Hasbun M., Ministra Suplente Isabel Margarita Zuñiga A. y Abogado Integrante Jorge Benitez U. Santiago, nueve de noviembre de dos mil veintidós.

En Santiago, a nueve de noviembre de dos mil veintidós, 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 11 de Septiembre de 2022, 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>.