

Rancagua, doce de diciembre de dos mil veinticinco.

**Vistos:**

Con fecha 19 de junio de 2025 comparece Jorge Miranda Blamey, abogado, en representación de doña **Liliana del Carmen Muñoz Sepúlveda**, cédula de identidad N°9.912.249-8, ambos domiciliados para estos efectos en camino Las Rosas número 30, comuna de Machalí, quien interpone recurso de protección, en contra del actuar ilegal y arbitrario de **Compañía de Seguros CONFUTURO S.A.** representada legalmente por su gerente general don Mauricio Fasce Pineda, solicitando que esta Il. Corte adopte las medidas tendientes a cautelar el legítimo ejercicio de los derechos establecidos en el artículo 19 N°2, N°3 y N°24, de la Constitución Política de la República, por los antecedentes de hecho y de derecho que expone.

En cuanto a los hechos, indica que el 16 de mayo de 2007, la actora contrató con la entonces Compañía de Seguros CorpVida S.A. (hoy Confuturo S.A.) la póliza de seguro de vida con ahorro previsional voluntario N° PC0070435, que incluía la cobertura adicional de Invalidez Permanente 2/3, por un capital asegurado de 1.000 Unidades de Fomento. Señala que, durante la vigencia de la póliza, la Sra. Muñoz desarrolló una enfermedad renal crónica que fue progresando en el tiempo, que fue debidamente reconocida por la Comisión Médica Central, que le otorgó dos dictámenes de invalidez: el primero, en octubre de 2010, declaró una invalidez parcial del 56%; el segundo, en marzo de 2014, elevó dicho porcentaje al 57%, calificándola como invalidez parcial definitiva. Aunque estas cifras no alcanzaban el umbral para activar la cobertura (66,6%), dejan constancia fehaciente de que



Este documento tiene firma electrónica  
y su original puede ser validado en  
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: BMXPBMVXSRU

la patología invalidante se originó y evolucionó durante la vigencia plena del contrato de seguros.

Relata que, en mayo de 2024, Confuturo le remitió por correo electrónico una copia duplicada de la póliza, donde se indica expresamente que su vigencia se extendía hasta el 20 de enero de 2029 (fecha en que la asegurada cumpliría 65 años), información consistente con lo que se desplegaba en el portal en línea de la compañía, acompañando una captura de pantalla.

Continúa señalando que, al advertir que, pese a haber cumplido 60 años, se le seguía cobrando la prima, y contando con la información entregada por la propia compañía, la Sra. Muñoz presentó un reclamo formal el 17 de mayo de 2024, donde mediante comunicación de 11 de junio de 2024, la aseguradora recurrida le indicó que la cobertura en realidad había expirado en enero de 2024, al cumplir la asegurada los 60 años, y que cualquier información distinta respondía a una "anomalía sistémica", ofreciéndole restituir las primas cobradas con posterioridad.

Adiciona que, el 19 de junio de 2024, la Comisión Médica de la Región de O'Higgins dictaminó una invalidez definitiva total del 87%, cumpliendo con el requisito para hacer efectiva la cobertura, por lo que el 28 de julio de 2024 se presentó la denuncia formal del siniestro ante la compañía.

Explica que, el 7 de agosto de 2024, la compañía emitió su primer rechazo formal, indicando que el dictamen de invalidez total se había emitido **fuera de la vigencia de la cobertura**, sin hacerse cargo de los documentos previamente entregados por ellos mismos,



Este documento tiene firma electrónica  
y su original puede ser validado en  
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: BMXPBMVXSRU

reconociendo implícitamente que la enfermedad invalidante se originó en 2010, durante la plena vigencia de la póliza. Continúa indicando que, el 2 de octubre de 2024, la recurrida señaló que **“no hemos recibido la denuncia formal del siniestro”**, desconociendo completamente el trámite realizado en julio y el hecho de haber emitido ya un rechazo por escrito.

Luego de dar cuenta de una reunión en la compañía, donde la aseguradora mantuvo el rechazo, narra que la actora presentó un reclamo ante la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), lo que fue respondido por la recurrida el 23 de mayo de 2025, ratificando su decisión de rechazar el siniestro, esta vez descartando también los fundamentos legales planteados por la asegurada, con un muy breve y escuálido argumento, respuesta que consolidó definitivamente el acto arbitrario e ilegal que hoy se impugna por esta vía.

De esta forma, sostiene que la negativa a cubrir el siniestro es ilegal porque contradice la póliza, los actos propios de la aseguradora y porque desconoce las normas legales aplicables, ya que la enfermedad base fue diagnosticada mucho antes del supuesto término de cobertura, enfermedad que generó dictámenes de invalidez parcial en los años 2010 y 2014, y culminó en un dictamen de invalidez total del 87% en 2024, dentro del curso natural de su evolución.

En definitiva, argumenta que este conjunto de actos contradictorios, la falta de un criterio técnico o jurídico uniforme, y la vulneración directa de normas legales y contractuales vigentes, configuran un actuar arbitrario e



ilegal que afecta gravemente su derecho de igualdad ante la ley y su derecho de propiedad.

Luego de desarrollar las garantías que considera conculcadas, detalla las principales transgresiones normativas, como la infracción a la buena fe contractual y a la presunción del contenido de la póliza (art. 515 del Código de Comercio y art. 21 de las Condiciones Generales de la póliza), argumentando -en lo medular- que conforme a esta cláusula contractual, el duplicado emitido por la recurrida el 13 de mayo de 2024 reemplaza íntegramente cualquier documento anterior, y vincula a ambas partes respecto de su contenido, por disposición explícita del propio contrato de seguros pactado, estableciéndose de forma expresa que la cobertura adicional por Invalidez Permanente 2/3 vence el 20 de enero de 2029 y que su causa se originó durante su vigencia.

Seguidamente, cita nutrida jurisprudencia en apoyo de sus argumentos y finaliza solicitando se ordene a la recurrida a dar cumplimiento íntegro al contrato de seguro Póliza N° PC0070435, procediendo al pago inmediato del capital asegurado por la cobertura de Invalidez Permanente Dos Tercios, ascendente a 1.000 Unidades de Fomento, más los intereses que correspondan, contados desde la fecha del siniestro y hasta su pago efectivo, o desde la fecha que se considere en derecho procedente, con costas.

A folio 7, con fecha 4 de julio de 2025, comparece la recurrida evacuando el informe solicitado. Niega los hechos de la forma en que han sido relatados, los que han ocurrido de una manera sustancialmente diferente y, en todo caso, no son capaces de conducir a una vulneración



de garantías constitucionales en los términos del artículo 20 de la Constitución Política del Estado.

Alega que la recurrente siempre ha estado en conocimiento de que la cobertura de invalidez dos tercios tenía una vigencia hasta el 20 de enero del año 2024 y hasta que cumpliera 60 años, como se señala en la respectiva póliza y en las Condiciones Generales del adicional de Invalidez Permanente Dos Tercios (2/3) depositados en la Comisión para el Mercado Financiero. En ese contexto, explica que lo que ocurrió es que, por un error en el sistema computacional, luego de acaecido el plazo para que la cobertura caducara, se le siguió cobrando a la actora las primas respectivas hasta mayo

del 2024. Agrega que en el portal **web** se informaba erróneamente que la vigencia era hasta los 65 años más 365 días lo que no era consecuente con los términos pactados ni con las condiciones de la póliza contratada.

Refiere que los actos de la actora sepultan su teoría, dando cuenta del reclamo ingresado que permitió pesquisar el problema y solucionarlo rápidamente, restituyendo las primas cobradas por error, lo que es conocido por ésta, dando cuenta de la respuesta entregada a la recurrente. Agrega que, el 30 de julio del 2024, la recurrente ingresó una denuncia de siniestro por la cobertura de invalidez 2/3 -la que transcribe- sosteniendo que sabía perfectamente que dicha cobertura había caducado.

Por otro lado, indica que no puede argumentarse que el siniestro empezó a ocurrir en el año 2010, ya que el dictamen del año 2024 modificó el del año 2010 en base a nuevos antecedentes que ocurrieron una vez que la



cobertura ya estaba caducada, dando cuenta de la carta que se extendió a la actora.

Planteado lo anterior, solicita el rechazo de la acción de protección deducida, basado en tres argumentos principales: 1) Extemporaneidad de la acción; 2) La improcedencia de la acción constitucional por no existir derechos preexistentes e indubitados; y 3) Existencia de un procedimiento especialmente establecido por el legislador.

Respecto al primer punto, sostiene que la actora supo la determinación última y final de recurrida en agosto de 2024, no siendo procedente contar el plazo desde la respuesta otorgada por Confuturo a la comisión para el Mercado Financiero.

Respecto al segundo punto, alega que no hay turbación ni afectación de un derecho preexistente e indubitado dado que mal podría otorgarse una indemnización respecto de un siniestro ocurrido cuando la cobertura ya había caducado.

Finalmente, respecto al tercer punto, argumenta que sin perjuicio de que los derechos que reclama no existen en su patrimonio o, al menos, son de dudosa procedencia, de existir, deben ser declarados jurisdiccionalmente por un Tribunal en el procedimiento especialmente establecido en la ley N° 20.667 de 2013. En efecto, explica que el legislador ha dispuesto específicamente un litigio en procedimiento ordinario ante un juez de letras en lo civil o un árbitro, por disponerlo así el artículo 543 del Código de Comercio, y por haberlo reiterado unánimemente nuestra jurisprudencia la que cita, puntualizando que la discusión es de lato conocimiento y que dice relación con la interpretación, cumplimiento, efectos de las obligaciones, cargas de asegurador y del asegurado y, en último



término, de las condiciones del contrato de seguro, carencias, preexistencias, su aplicación, efectos y cumplimiento.

A folio 11, se tiene presente las consideraciones realizadas por el recurrente en relación con el informe evacuado por la recurrida y que ratifican la procedencia de la presente acción. Se tiene por acompañados, además, expediente completo del caso Hidalgo c/ Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. (Rol CS 91.860-2021) y copia de carta de solicitud de antecedentes de fecha 24 de octubre de 2024.

A folio 16, se tienen presente las consideraciones realizadas por el recurrente en relación con jurisprudencia relevante en materia de Seguros y acciones de protección de garantías constitucionales y que ratifican la procedencia de la presente acción.

A folio 18, la parte recurrida acompaña documentos. Se trajeron los autos en relación.

#### **CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:**

**Primero:** Que, el recurso de protección establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República, constituye una acción de naturaleza cautelar, destinada a amparar el legítimo ejercicio de las garantías constitucionales que esa misma disposición enumera, mediante la adopción de medidas de resguardo que se deben tomar ante un acto u omisión arbitrario o ilegal que impida, dificulte o amague ese ejercicio.

**Segundo:** Que, el acto ilegal y arbitrario que se atribuye a la recurrida consiste en la negativa de ésta a otorgar la cobertura por invalidez permanente 2/3 a la actora. Se indica que la negativa a cubrir el siniestro es ilegal porque contradice la póliza, los actos propios de la



aseguradora y porque desconoce las normas legales aplicables, ya que la enfermedad base -una insuficiencia renal crónica- fue diagnosticada antes del supuesto término de cobertura, enfermedad que generó dictámenes de invalidez parcial en los años 2010 y 2014, y culminó en un dictamen de invalidez total del 87% en 2024, dentro del curso natural de su evolución. Argumenta que, este conjunto de actos contradictorios, la falta de un criterio técnico o jurídico uniforme, y la vulneración directa de normas legales y contractuales vigentes, configuran un actuar arbitrario e ilegal que afecta gravemente su derecho de igualdad ante la ley y de propiedad.

**Tercero:** Que, al informar la recurrida indica que la recurrente siempre ha estado en conocimiento que la cobertura de invalidez dos tercios tenía una vigencia hasta que cumpliera 60 años, como se señala en la respectiva póliza y en las Condiciones Generales del adicional de Invalidez Permanente 2/3 depositados en la Comisión para el Mercado Financiero. Explica que lo que ocurrió es que, por un error en el sistema computacional, luego de acaecido el plazo para que la cobertura caducara, se le siguió cobrando a la actora las primas respectivas hasta

mayo del 2024. Agrega que en el portal **web** se informaba erróneamente que la vigencia era hasta los 65 años más 365 días lo que no era consecuente con los términos pactados ni con las condiciones de la póliza contratada. Refiere que los actos de la actora sepultan su teoría, dando cuenta del reclamo ingresado que permitió pesquisar el problema y solucionarlo rápidamente, restituyendo las primas cobradas por error, lo que es conocido por ésta. Por otro lado, indica que no puede argumentarse que el siniestro empezó a ocurrir en el año



2010, ya que el dictamen del año 2024 modificó el del año 2010 en base a nuevos antecedentes que ocurrieron una vez que la cobertura ya estaba caducada.

Planteado lo anterior, solicita el rechazo de la acción de protección deducida, basado en tres argumentos principales: 1) Extemporaneidad de la acción; 2) La inexistencia de un derecho preexistente e indubitado; y 3) Existencia de un procedimiento especialmente establecido por el legislador.

**Cuarto:** Que, en cuanto a la alegación de extemporaneidad basada en que el actor tomó conocimiento de la decisión de la recurrida el 7 agosto de 2024, fecha de la carta respuesta de Confuturo dando respuesta a su presentación del 30 de julio, que confirma lo informado en el 11 de junio de 2024 en el sentido que la cobertura de Invalidez Dos Tercios, que estaba asociada a la póliza Previcorp N°PC0070435, finalizó el 20 de enero de 2024 conforme a las Condiciones Particulares de la póliza de seguro, si bien dicha circunstancia puede extraerse de los antecedentes allegados al proceso, no puede soslayarse que el acto que se considera ilegal y arbitrario es la comunicación de fecha 23 de mayo de 2025, evacuada por la aseguradora por instrucción expresa de la Comisión para el Mercado Financiero, precisamente la instancia a la que se alude en la carta enviada el 7 de agosto de 2024 por la propia recurrida a la actora, lo que permite concluir que la acción fue presentada dentro de plazo, sin perjuicio de lo que se resuelva en definitiva.

**Quinto:** Que, en cuanto al fondo, con el objeto de circunscribir la discusión planteada, es necesario indicar que en autos no existe controversia en cuanto a que la actora, con fecha 16 de mayo de 2007, contrató la póliza de seguro de vida con ahorro previsional voluntario N° PC0070435, que



incluía la cobertura adicional de Invalidez Permanente 2/3, por un capital asegurado de 1.000 Unidades de Fomento. Tampoco es controvertido que una vez que la actora cumplió 60 años – el 21 de enero del año 2024- se siguieron realizando los cobros por dicha cobertura, al menos hasta mayo de dicho año.

A su vez, se controvierte por las partes la fecha de término de dicha cobertura, sosteniendo la recurrente que es hasta el 29 de enero de 2029, conforme a la copia duplicada de la póliza enviada por la recurrida con fecha 13 de mayo de 2025. Por su parte, la recurrida sostiene que la actora siempre supo la vigencia temporal de la cobertura de invalidez 2/3, que era hasta que cumpliera 60 años, esto es, que su vigencia se extendía hasta el 20 de enero de 2024, sosteniendo que la fecha indicada en el arbitrio se debe a un problema informático.

Así, todo lo indicado se relaciona directamente con que el 19 de junio de 2024, la Comisión Médica de la Región de O'Higgins evaluó nuevamente la condición de la actora, dictaminando una invalidez definitiva total del 87%, cumpliendo con el requisito para hacer efectiva la cobertura. En esta línea de ideas la recurrida sostiene que mal podría otorgarse una indemnización respecto de un siniestro ocurrido cuando la cobertura ya había caducado.

**Sexto:** Que, según aparece de los documentos allegados a los autos, la póliza suscrita entre las partes dispone, aparejada por el actor, en el epígrafe **“Resumen de sus Adicionales”** que: **“En caso de sufrir un accidente o enfermedad que tenga como consecuencia su invalidez permanente sobre un 66,6%, le adelantamos el pago de la**



**indemnización que recibiría en caso de fallecimiento de UF 1000.**

**Algunos antecedentes útiles:**

**- De hacer efectiva esta cobertura se termina el seguro completo.**

**- Debe comunicar su condición por escrito a la Compañía en un plazo inferior a 90 días.**

**- Cobertura hasta la fecha en que cumpla 60 años”.**

Por su parte, en la sección relativa a la cobertura por invalidez 2/3 se indica: **“Fecha de inicio de vigencia de la**

**Cobertura: 14/05/2007; Fecha de término de la**

**cobertura: 20/01/2029”**, insertando seguidamente una tabla que en la “edad actuarial” llega hasta el número 59.

Por otro lado, en la cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente de dos

tercios establece, en lo pertinente: **“ARTICULO N° 1:**

**COBERTURA: El capital asegurado establecido en la**

**póliza principal para el caso de fallecimiento será**

**pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al**

**asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios,**

**siempre que se cumplan las siguientes condiciones:**



Este documento tiene firma electrónica  
y su original puede ser validado en  
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: BMXPBMVXSRU

**a) Que la póliza principal esté vigente.**

**b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza.**

**c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional”.**

En el artículo 5° de la cláusula en comento, señala que: **“ARTICULO N° 5: TERMINACION DE LA COBERTURA**  
**Esta cláusula adicional es parte integrante y accesorio del seguro principal de la póliza y se registrará, en todo lo que no esté expresamente estipulado en éste, por las Condiciones Generales de la misma, de modo que sólo será válido y regirá mientras el seguro convenido en ella lo sea y esté vigente, quedando sin efecto: c) A partir de la fecha en que el asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza, rebajándose desde**



***entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional”.***

**Séptimo:** Que, de esta forma, más allá de ser efectivo lo indicado por la parte recurrente, en cuanto a que en la página 9 de la póliza enviada por la recurrida se indica expresamente que su vigencia se extendía hasta el 20 de enero de 2029 -cobrando plena aplicación lo dispuesto en el artículo 21 de las Condiciones Generales de la póliza en estudio-, lo cierto es que las demás menciones a este punto contenidos en la póliza dan cuenta que su vigencia era hasta que la actora cumpliera 60 años, esto es, hasta el 20 de enero de 2024.

**Octavo:** Que, de esta forma, conforme a lo señalado en el motivo anterior, la declaración de invalidez definitiva total del 87% dictaminada por la respectiva Comisión Médica Central, quedó ejecutoriada una vez que dicha cobertura se encontraba caducada por acaecimiento del plazo máximo de vigencia.

Las circunstancias alegadas en el recurso, en cuanto a que el hecho que da origen al siniestro debe entenderse iniciado durante la vigencia del seguro, incluso si sus efectos definitivos se manifiestan posteriormente, fueron controvertidas en su totalidad por la recurrida y en este contexto no hay derechos indubitados, que se puedan cautelar a través de la presente acción constitucional.

Así, existe controversia tanto respecto de los presupuestos fácticos como jurídicos sobre los que se sustenta la decisión impugnada, todo lo cual impide tener por acreditado un derecho indubitado susceptible de protección en esta sede cautelar y, en tales condiciones, la referida determinación corresponde a una materia que



debe ser dilucidada en el respectivo procedimiento judicial.

**Noveno:** Que, en este escenario, el problema que se ha planteado a esta Corte dice más bien relación con el eventual incumplimiento de las obligaciones emanadas de un contrato de seguro, en virtud de una convención celebrada entre partes.

En efecto, el derecho a que opere la cobertura no es uno indubitado, pues la determinación del momento en que se configura el hecho que da origen al siniestro y si es de aquéllos cubiertos por la póliza, son cuestiones que deben ser discutidas en un procedimiento de lato conocimiento, en que las partes tengan amplias oportunidades tanto de exponer los argumentos en apoyo de sus pretensiones, como de aportar las pruebas que les den sustento.

**Décimo:** Que, en tales condiciones, la acción ejercida debe necesariamente ser declarada sin lugar, pues la presente no resulta ser la vía idónea para resolver un conflicto de la naturaleza como el planteado.

Por estas consideraciones y atendido lo dispuesto en los artículos 19 y 20 de la Constitución Política de la República; y en las normas pertinentes del Auto Acordado de la Corte Suprema que rige la materia, **se rechaza**, sin costas, el recurso de protección interpuesto en favor de doña Liliana del Carmen Muñoz Sepúlveda en contra de la Compañía de Seguros CONFUTURO S.A.

Regístrese, comuníquese y archívese.

**Rol Corte 1004-2025 Protección.**



Este documento tiene firma electrónica  
y su original puede ser validado en  
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: BMXPBMVXSRU

***Se deja constancia que esta sentencia reúne los presupuestos para ser anonimizada, de acuerdo con lo dispuesto en el Acta 44-2020 de la Excm. Corte Suprema.***



Este documento tiene firma electrónica  
y su original puede ser validado en  
<http://verificadoc.pjud.cl>

Código: BMXPBMVXSRU

Pronunciado por la Segunda Sala de la C.A. de Rancagua integrada por Ministro Presidente Ricardo Pairican G., Ministra Suplente Andrea Paola Urbina S. y Abogado Integrante Claudia Alvarez S. Rancagua, doce de diciembre de dos mil veinticinco.

En Rancagua, a doce de diciembre de dos mil veinticinco, 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>

Código: BMXPBMVXSRU