

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 3° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-19521-2018
CARATULADO : CABRERA/CIA. DE SEGUROS DE VIDA
CONSORCIO NACIONAL DE SEGUROS S.A.

Santiago, veintinueve de marzo de dos mil veintiuno.

VISTOS:

Con fecha 28 de junio de 2018, comparece don Osvaldo Contreras Buzeta, don Jaime Apparcel Carrillo y don Andrés Maira Cuevas, abogados, en representación de doña **María Cristina Cabrera Muñoz**, abogada, todos con domicilio en calle Málaga N° 50, oficina 32, comuna de Las Condes, quienes interponen demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicio, en contra de **Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por don Christian Eduardo Unger Vergara, domiciliados en Avenida El Bosque Sur N° 180, comuna de Las Condes, por los fundamentos de hecho y de derecho que expone.

Con fecha 21 de agosto de 2018, se notificó la demanda a la demandada mediante su representante legal.

Con fecha 07 de septiembre de 2018, concurre la demandada al procedimiento oponiendo excepción dilatoria de ineptitud del libelo, la que previo traslado evacuado por la contraria, fue rechazada con fecha 06 de noviembre de 2018.

Con fecha 23 de noviembre de 2018, la demandada contesta la demanda de autos deducida en su contra.

Con fecha 03 de diciembre de 2018, la demandante evacuó el trámite de la réplica.

Con fecha 12 de diciembre de 2018, la demandada evacuó el trámite de la réplica.

Con fecha 05 de marzo de 2019, se llevó a efecto el llamado a la audiencia de conciliación, con la asistencia de los apoderados de ambas partes, sin que ésta se produjera.

Con fecha 12 de marzo de 2019, se procedió a recibir la causa a prueba, resolución notificada a ambas partes con fecha 06 de mayo de 2019.

Con fecha 10 de diciembre de 2018, consta el hecho de haberse acogido parcialmente recursos de reposición interpuestos por las partes en contra de la resolución que recibió la causa a prueba, fijándose como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos, los allí señalados.



Con fecha 11 de marzo de 2020, encontrándose la causa en estado, se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I.- EN CUANTO A LAS TACHAS:

PRIMERO: Que, con fecha 18 de julio de 2019, la demandante dedujo tacha respecto al testigo don **Juan Antonio Cataldo Acuña**, establecida en los Ns° 4 y 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, atendido que el testigo ha declarado que presta servicios habituales a la demandada de autos, desde el año 2016 a la fecha. Agrega que los Tribunales de Justicia han fallado en reiteradas circunstancias que es causal suficiente para declarar a un testigo inhábil el caso de existir un vínculo de subordinación y dependencia entre el testigo y la parte que lo presenta a declarar;

SEGUNDO: Que, al evacuar el traslado la demandada, solicitó el rechazo de la tacha formulada, toda vez que el testigo declaró que prestaba servicios como asesor externo de carácter técnico en diversas compañías de seguro, lo que acredita que no existe un vínculo de subordinación y dependencia. Agrega que no ha quedado de manifiesto que el testigo reciba una remuneración por sus servicios, razón por la que el mencionado vínculo de subordinación y dependencia no se encuentra acreditado. Finalmente, indica que la jurisprudencia actual está conteste que el Código del Trabajo otorga a los empleados garantías suficientes que les permitan declarar como testigos de forma imparcial, dado que no existe despido sin expresión de causa;

TERCERO: Que, al contestar las preguntas de tacha formuladas por la demandante, el testigo indica que: trabaja en diversas compañías de seguros y en otras actividades adicionales; que es asesor externo de la demandada desde el año 2016; que el departamento de siniestros de la demandada le pidió declarar; que mantiene un contrato de trabajo con la demandada; que conoce los hechos de los que va a declarar porque le correspondió analizar el siniestro para tomar una decisión, desde el punto de vista técnico; y que no tiene un interés en los resultados del juicio;

CUARTO: Que, de acuerdo al artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, “Son también inhábiles para declarar: 4°. Los criados domésticos o dependientes de la parte que los presente. Se entenderá por dependiente, para los efectos de este artículo, el que preste habitualmente servicios retribuidos al que lo haya presentado por testigo, aunque no viva en su casa; 5°. Los trabajadores y labradores dependientes de la persona que exige su testimonio”.

Que, en primer término, de lo señalado por el testigo (páginas 450 y 451 de “ibook” descargado en forma íntegra), no queda claro si sólo presta servicios externos para la demandada o si efectivamente los vincula un contrato de trabajo bajo



subordinación y dependencia, razones por las cuales el Tribunal deberá hacerse cargo de ambas hipótesis.

Que, en cuanto a la primera causal de inhabilidad planteada por la defensa de la demandante, es evidente que el testigo referido no reviste el carácter de doméstico o dependiente de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., pues como él declaró, presta servicios externos. Luego, si bien la segunda parte del artículo 358 N° 4 del citado cuerpo de leyes se refiere al dependiente como aquel que presta habitualmente servicios retribuidos a la parte que lo presenta, lo cierto es que no obra en autos ningún antecedente que permita determinar la periodicidad con la que el testigo habría prestado dichos servicios y que conduzca al tribunal a determinar su inhabilidad, antecedentes que en todo caso debieron de ser aportados por la parte que lo tacha en conformidad a lo dispuesto por el artículo 1698 del Código Civil, por lo que forzoso será su rechazo.

Que, en cuanto a la segunda causal de inhabilidad, y para el caso de entenderse que entre las partes existe efectivamente un contrato de trabajo bajo vínculo de subordinación y dependencia, cabe señalar que aquella está establecida en beneficio de quienes concurren a declarar por su empleador, cumpliendo la actual legislación laboral los fines protectores que le son propios, sin que se vea afectada su imparcialidad por la relación contractual que lo liga a la parte que lo presenta, ello sin perjuicio del valor que se le otorgue en su oportunidad a su declaración, en conformidad a lo establecido por los artículos 383 y 384 del Código de Procedimiento Civil.

Por estas consideraciones, **se rechazan, sin costas**, las tachas deducidas por la demandante en contra del testigo sr. **Juan Antonio Cataldo Acuña**, presentado por la parte demandada;

II.- EN CUANTO AL FONDO:

QUINTO: Que, con fecha 28 de junio de 2018, comparece don Osvaldo Contreras Buzeta, don Jaime Apparcel Carrillo y don Andrés Maira Cuevas, en representación de doña María Cristina Cabrera Muñoz, quienes interponen demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicio, en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., sociedad del giro de su denominación, representada por don Christian Eduardo Unger Vergara, todos ya individualizados, por los fundamentos de hecho y de derecho que expone.

Fundan su pretensión en el hecho que mediante la póliza N° 11301563, doña Cristina Muñoz Tejos, suscribió un contrato de seguro integral denominado “VidAhorro 100 Plan A”, con la demandada, cuya vigencia corría desde el 2 de octubre de 2014 hasta el 1 de agosto de 2080, con el fin de cubrir prestaciones



médicas mayores a ella y su hija. En la referida póliza, se contrataron dos cláusulas adicionales, la primera, de beneficio por invalidez accidental incorporada bajo el código CAD220130982 y, la segunda, de reembolso de prestaciones médicas mayor incorporada bajo el código CAD220131528, todo por la prima anual total de 15,56 UF., con modalidad de pago mensual en cuotas de 1,40 UF.

En cuanto a la cobertura y valores asegurados, exponen que el condicionado particular de la póliza corresponde a gastos médicos ambulatorios y de hospitalización razonable y acostumbrados, incurridos efectivamente por la asegurada, por lo que de acuerdo al siniestro que detallarán, a su representada debía aplicársele la indemnización contenida en el artículo 8, que establece una cobertura máxima de 15.000 UF por asegurado hasta cumplir los 70 años de edad, y 5.000 UF., por asegurado desde los 70 años de edad y hasta cumplir la edad máxima de permanencia.

Respecto al siniestro ocurrido relatan que el día 4 de agosto de 2017, su representada tuvo la necesidad imperiosa de internarse y someterse a una operación debido a un cuadro de shock séptico severo de foco abdominal por perforación de intestino tras una colecistectomía, hasta el día 15 de septiembre de dicho año en la Clínica Santa María. Agregan que los gastos derivados de la cirugías y hospitalizaciones ascendieron a un total de \$62.706.546, por lo que procedió a hacer efectivo el cobro de la póliza a la aseguradora, solicitando el pago de las prestaciones para pagar las hospitalizaciones a la clínica, por cuanto el siniestro se encontraba plenamente cubierto en el caso concreto, según el cuadro de coberturas. En tal sentido, la compañía procedió a liquidar directamente el siniestro, por un funcionario a sueldo de la misma compañía de seguros, informando el rechazo íntegro el 15 de noviembre de 2017, aduciendo que: "...la Compañía tomó conocimiento que el año 2007, la asegurada fue sometida a cirugía Bypass Gástrico, lo cual no fue informado en la declaración de salud... Si hubiese informado la realidad de su historial de salud, la compañía no la habría considerado asegurable para esta cobertura" (sic).

Añaden que presentada la respectiva apelación ante la misma compañía, en tiempo y forma, nuevamente fue rechazada sin fundamento alguno el pago del siniestro, razón por la que su representada interpuso un reclamo formal ante la Superintendencia de Valores y Seguros, solicitando la reconsideración de la decisión a fin de que se otorgue el pago de las prestaciones reclamadas, toda vez que el cuadro de shock séptico sufrido por perforación de intestino tras una colecistectomía y secundario, no guarda relación con el procedimiento de bypass gástrico al que fue sometida en el año 2007. A mayor abundamiento, indica que el médico cirujano tratante Jorge Bravo López, concluyó que "en la Cirugía realizada de urgencia en la



Clínica Santa María, no se evidencia ningún factor anatómico ni de otra índole que hagan sospechar acerca de una causal con relación directa a sus cirugías previas” (sic).

Indican que dicho requerimiento fue infructuoso debido a que la entidad no dio curso a la solicitud, quedando firme la determinación de la compañía de rechazar el siniestro de fecha 04 de agosto de 2017, en razón de ser consecuencias de una cirugía del año 2007, con una argumentación errada e improcedente.

En cuanto al derecho, señalan que acreditada la existencia del contrato de seguro y que el siniestro ocurrió durante la vigencia de la póliza, correspondía que el asegurador cumpliera con la obligación que le impone el artículo 529 N° 2 del Código de Comercio, que es, pagar la suma asegurada, lo que en el caso de autos, la demandada no ha hecho. En ese sentido, le corresponde a su representada el pago de la cirugía y hospitalización entre los días 4 de agosto y 15 de septiembre de 2017, y todos aquellos gastos posteriores relacionados con lo mismo que se encuentran amparados bajo la cobertura de la póliza, devengados durante la vigencia de la misma luego de la presentación de la demanda, haciendo aplicable lo dispuesto en el artículo 1489 del Código Civil, respecto a exigir el cumplimiento forzado del contrato con indemnización de perjuicios.

Agregan que en el caso de marras, el seguro contratado por su representada con la aseguradora empezó a regir con fecha 2 de octubre de 2014 y el siniestro que afectó al asegurado, esto es, la cirugía y hospitalizaciones a las que tuvo que someterse la asegurada por un shock séptico severo de foco abdominal por perforación de intestino, data del 4 de agosto de 2017, transcurriendo con creces más de dos años desde el inicio del contrato, que es el plazo dentro del cual la aseguradora pudiera haber hecho valer la supuesta reticencia en la declaración de evaluación del riesgo que alega respecto a nuestra representada. Por tal motivo, la demandada indefectiblemente debe proceder al pago del siniestro señalado y todos aquellos que hayan ocurrido después del rechazo del reembolso del mismo comunicado a su representada en su oportunidad (carta de fecha 15 de noviembre de 2017).

Respecto a las sumas que deben ser pagadas, señalan que se traduce en: a) el pago de prestaciones relacionadas a la cirugía y hospitalizaciones entre los días 4 de agosto y 15 de septiembre por \$62.706.546; b) por el pago de todos aquellos gastos posteriores que incurra su representada, que se encuentren amparadas durante la vigencia de la póliza y luego de la presentación de la demanda.

Previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato y cobro de seguros en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., representada por su gerente general don Christian Eduardo Unger Vergara, ambos ya individualizados, a fin de que: a) se condene el pago de las prestaciones de la cirugía y hospitalizaciones entre los días 4



de agosto y 15 de septiembre de 2017, por la suma de \$62.706.546; b) se condene al pago de todos aquellos gastos posteriores en que incurra su representada, relacionado con la hospitalización y amparadas por la póliza contratada que eventualmente se devenguen; c) que la respectiva suma sea aumentada con los reajustes e intereses correspondientes, a partir de la notificación de la demanda; d) se condene expresamente en costas;

SEXTO: Que, con fecha 07 de septiembre de 2018, concurre la demandada al procedimiento oponiendo excepción dilatoria de ineptitud del libelo, la que previo traslado evacuado por la contraria, fue rechazada con fecha 06 de noviembre de 2018;

SÉPTIMO: Que, con fecha 23 de noviembre de 2018, comparece don Jorge Vial Álamos, en representación de la demandada Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., contestando la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo absoluto en razón de los argumentos de hecho y derecho que expone.

Señala que los hechos ocurrieron de una manera distinta a la relatada en la demanda, toda vez que doña María Cristina Cabrera inició los trámites para contratar el seguro integral “VidAhorro 100 Plan A”, con las cláusulas adicionales de “Beneficio de Invalidez Accidental” y “Reembolso de Prestaciones mayor” (sic), en septiembre de 2014, completando el 30 de dicho mes un cuestionario de preguntas y una serie de exámenes médicos denominado “declaración personal de salud”, cuyo fin es estimar riesgos cubiertos, determinar la prima cobrada y la aceptación o no como asegurada. En dicha declaración, la demandante debió dar detalles de su historial médico, específicamente sobre intervenciones quirúrgicas u hospitalizaciones anteriores, contestando que no y ocultando información relevante para la compañía, puesto que en el año 2007 se sometió a una cirugía de bypass gástrico que implicó una hospitalización.

Explica que lo anterior, constituye un claro incumplimiento a las obligaciones de la asegurada, quien se encuentra obligada a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, conforme a lo establecido en el artículo 524 de la Ley N° 20.667.

Hace presente que la propia demandante reconoció en el reclamo efectuado ante la Superintendencia de Valores y Seguros el haberse sometido a un bypass gástrico que implicó una hospitalización de al menos 3 o 4 días, sin perjuicio de haber omitido dicha información al completar la declaración personal de salud, razón por la que su representada procedió a otorgarle la cobertura de reembolso de prestaciones médicas mayor sin exclusión alguna.



Expone que durante el año 2017, la demandante fue sometida a una intervención quirúrgica respecto de la cual solicitó el reembolso médico de Consorcio de acuerdo a la cobertura contratada, momento en que su representada tomó conocimiento de la intervención quirúrgica a la que había sido sometida la demandante con anterioridad a la contratación de la cobertura y que no había sido declarada conforme a lo establecido en la ley, razón por la que rechazó el reembolso solicitado.

En razón de lo explicado, opone las siguientes excepciones alegaciones y defensas: en primer lugar, indica que no existe incumplimiento del contrato de seguro y, por tanto, su representada no tiene obligación de pagar reembolso o indemnización alguna, dado que la asegurada efectuó declaraciones que no son sinceras en su declaración personal de salud, conforme lo dispuesto en los artículos 524 y 525 de la Ley N° 20.667 que transcribe. En ese sentido, la asegurada evidentemente incurrió en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado, razón por la que Consorcio está exonerado de su obligación de pagar el reembolso y la indemnización solicitada, como lo ha reconocido expresamente la Excma. Corte Suprema en la jurisprudencia que añade.

En segundo lugar, refiere que las omisiones o inexactitudes de la demandante fueron dolosas, por cuanto el argumento subsidiario esgrime que su representada de todas formas estaría obligada a pagar el reembolso y la correspondiente indemnización, puesto que de acuerdo al artículo 592 de la Ley 20.667, si han transcurrido más de 2 años desde que se inició el seguro, el asegurador no podrá invocar las inexactitudes u omisiones de la declaración de salud para el pago de éste. En ese sentido, sostiene que la norma citada resulta inaplicable en la especie, toda vez que la omisión, reticencia o inexactitud de la demandante al declarar su estado de salud fue doloso y no se trata de un olvido, con el fin de obtener una mejor cobertura y/o un mejor precio.

Concluye que la acción de cumplimiento forzado de contrato e indemnización de perjuicios por incumplimiento de la cobertura adicional de reembolso de prestaciones médicas entre doña María Cristina Cabrera Muñoz y la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. debe ser rechazada por S.S. pues no cumple con los requisitos necesarios y copulativos para su procedencia por incumplimiento contractual, con costas;

OCTAVO: Que, con fecha 03 de diciembre de 2018, la demandante viene en evacuar el trámite de la réplica, formulando las siguientes observaciones.

Señala que no cabe duda que efectivamente existieron reticencias y/o inexactitudes en las declaraciones efectuadas en la declaración personal de salud, previo a contratar el seguro en septiembre de 2014. Sin perjuicio de lo anterior,



conforme al artículo 592 del Código de Comercio, por el hecho de haber transcurrido 2 años desde la iniciación del seguro y la ocurrencia del siniestro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieran sido dolosas.

Al respecto, sostiene que si bien es carga de la demandada tener que probar que su representada actuó de forma dolosa al momento de la contratación del seguro, explica que sería del todo ilógico que alguien que supuestamente actuó con la intención deliberada de ocultar información, aparezca después dando cierto el mismo hecho de forma libre y espontáneamente, sin mediar presión, como fue el reconocimiento en el reclamo ante la Superintendencia de Salud.

Sostiene que el motivo que llevó a su representada a completar de forma inexacta la referida declaración, fue por seguir las instrucciones de la persona que vendió el seguro en cuestión, doña Arietta Liliana Gutiérrez Valdés, quien señaló que la pregunta en cuestión se refería únicamente a operaciones realizadas en los últimos 3 años. Añade que queda de manifiesto que la actora no tenía motivo ni incentivo en ocultar la información en cuestión, dado que la colecistectomía que sufrió el año 2017, no tiene absolutamente ninguna relación con el bypass gástrico que se realizó 10 años antes, no existiendo riesgo alguno que pudiera denegarle la contratación del seguro o el cobro de un mayor precio;

NOVENO: Que, con fecha 12 de diciembre de 2018, la parte demandada evacuó el trámite de la dúplica, en los siguientes términos.

En primer lugar, refiere que la demandante reconoce haber omitido conscientemente información en la declaración personal de salud, excusándose en que le dijeron, aun cuando el formulario que completó y firmó nada dice sobre algún límite temporal en que deben haber ocurrido las intervenciones y hospitalizaciones que expresamente negó. Respecto al hecho de haberlo reconocido sin problema, enfatiza que solo lo hizo una vez que los hechos ya habían sido descubiertos y que constituyó el motivo del rechazo de la cobertura.

En segundo lugar, expone que hacer una declaración inexacta a sabiendas es obrar con dolo y reconocer un hecho luego de haber sido descubierto no constituye buena fe, por lo que no tiene ningún mérito.

Agrega que probaran que todos los antecedentes clínicos de la colecistectomía que sufrió el año 2017, señalan como antecedente vinculado el Bypass gástrico que se realizó 10 años antes, pues la perforación ocurrió en el ileon medio muy cercano a la anastomosis de la cirugía previa, lo que permite relacionar directamente ambas intervenciones. Respecto a cuándo considerar las inexactitudes o reticencias dolosas, añade jurisprudencia de la Iltma., Corte de Apelaciones de Santiago y doctrina;



DÉCIMO: Que, con fecha 12 de marzo de 2019, se procedió a recibir la causa a prueba, resolución notificada a ambas partes con fecha 06 de mayo de 2019.

Luego, con fecha 10 de diciembre de 2018, consta el hecho de haberse acogido parcialmente recursos de reposición interpuestos por las partes en contra de la resolución que recibió la causa a prueba, fijándose como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos, los allí señalados;

UNDÉCIMO: Que, la parte demandante, a fin de acreditar los fundamentos de su acción, rindió la siguiente prueba instrumental:

1.- Copia de póliza de seguro N° 11301563-0, de fecha 16 de agosto de 2017, emitido por la Compañía de Seguros Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., respecto a la asegurada Cristina Muñoz Tejos;

2.- Copia de carta de fecha 15 de noviembre de 2017, suscrita por Marcela González Bañados, Subgerente Operaciones Seguros Vida, destinado a Cristina Muñoz Tejos, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

3.- Copia de reclamo administrativo en contra de resolución de Consorcio Nacional de Seguros S.A., en relación aplicación póliza N° 11301563, VidAhorro 100, de fecha 22 de enero de 2018, interpuesta por María Cristina Cabrera Muñoz, ante la Superintendencia de Seguros;

4.- Copia de escritura pública, de fecha 24 de mayo de 2018, otorgada por la 42° Notaría de Santiago, Repertorio N° 33.513, mandato de María Cristina Cabrera Muñoz a Osvaldo Contreras Strauch y otros;

5.- Copia de informe de pre-liquidación de siniestros, emitido por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., respecto de la asegurada Cabrera Muñoz María Cristina, N° póliza 11301563;

6.- Copia de carta de fecha 5 de diciembre de 2017, suscrita por Rodrigo Farías Muñoz, Gerente Operaciones Seguros Vida, destinado a María Cristina Cabrera Muñoz, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

7.- Copia de estado de cuenta nacional de tarjeta de crédito, de fecha 22 de noviembre de 2018, emitido por Santander, titular María Cabrera Muñoz, período facturado desde 22 de octubre de 2018 y hasta 22 de noviembre de 2018;

8.- Copia de estado de cuenta nacional de tarjeta de crédito, de fecha 24 de diciembre de 2018, emitido por Santander, titular María Cabrera Muñoz, período facturado desde 22 de noviembre de 2018 y hasta 24 de diciembre de 2018;

9.- Copia de estado de cuenta nacional de tarjeta de crédito, de fecha 23 de enero de 2019, emitido por Santander, titular María Cabrera Muñoz, período facturado desde 24 de diciembre de 2018 y hasta 23 de enero de 2019;



10.- Copia de carta notificación ley urgencia, de fecha 03 de diciembre de 2018, suscrita por Mauricio Ibáñez Gómez, jefe crédito de Isapre Vida Tres S.A., destinada a Tesorería y Remuneraciones;

11.- Copia de cheque serie HKR15457, de fecha 07 de diciembre de 2018, a nombre de Clínica Santa María, por la suma de \$8.199.439;

12.- Copia de comprobante de venta, fecha ilegible, por la suma de \$1.899.430;

13.- Copia de comprobante de venta, fecha ilegible, por la suma de \$6.300.000;

14.- Copia de impresión recibo, CDD Canje Documentos, paciente Cabrera Muñoz María Cristina;

15.- Copia detalle de gastos respecto a la paciente Cabrera Muñoz María Cristina, fecha de ingreso 24 de agosto de 2018 y fecha de egreso 27 de agosto de 2018;

16.- Copia de certificado médico, de fecha 17 de enero de 2018, suscrito por Jorge Bravo López, cirujano tratante, respecto a María Cristina Cabrera Muñoz;

17.- Copia de liquidación de remuneraciones enero 2019, de Cabrera Muñoz María, total líquido \$1.120.823;

18.- Copia de liquidación de remuneraciones enero 2019, de Cabrera Muñoz María, total líquido \$1.130.446;

19.- Copia de carta de fecha 10 de enero de 2018, suscrita por Marcela González Bañados, Subgerente Operaciones Seguros Vida, destinado a María Cristina Cabrera Muñoz, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

20.- Copia de resumen liquidación honorarios médicos, beneficiario Cabrera Muñoz María Cristina, fecha de hospitalización 04 de agosto 2017 y fecha de alta médica 15 de septiembre de 2017;

21.- Copia de documento denominado “resumen de cuenta paciente Maria Cristina Cabrera Muñoz” y certificado emitido por Clínica Santa María, con fecha 27 de junio de 2019;

22.- Copia de certificado médico de fecha 04 de septiembre de 2019, suscrito por Jorge Bravo López, cirujano tratante, respecto de María Cristina Cabrera Muñoz;

DUODÉCIMO: Que, con fecha 30 de diciembre de 2019, a solicitud de la demandante, la exhibiente Clínica Santa María SpA., luego de no haber asistido a la audiencia respectiva, acompañó los siguientes documentos a los autos:

1.- Resumen de cuenta de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, informando el total de la cuenta clínica y honorarios médicos quirúrgicos;



2.- Copia de certificado médico de fecha 04 de septiembre de 2019, emitido por el Dr. Jorge Bravo López, cirujano tratante de la Clínica Santa María, respecto a doña María Cristina Cabrera Muñoz;

DÉCIMO TERCERO: Que, por su parte, la demandada, a fin de acreditar los fundamentos de su defensa, rindió la siguiente prueba documental:

1.- Copia de escritura pública de fecha 03 de marzo de 2015, de la 22° Notaría de Santiago, Repertorio N° 2205-2015, sesión de directorio N° 231 “Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.”;

2.- Copia de escritura pública de fecha 21 de agosto de 2017, de la 22° Notaría de Santiago, Repertorio N° 9057-2017, mandato judicial Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., a Vial Álamos Jorge y otros;

3.- Copia de declaración personal de salud N° 974380, N° propuesta 2556915, de María Cristina Cabrera Muñoz;

4.- Copia de carta de fecha 15 de noviembre de 2017, suscrita por Marcela González Bañados, Subgerente Operaciones Seguros Vida, destinada a Cristina Muñoz Tejos, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

5.- Copia de carta de fecha 5 de diciembre de 2017, suscrita por Rodrigo Farías Muñoz, Gerente Operaciones Seguros Vida, destinada a María Cristina Cabrera Muñoz, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

6.- Copia de carta de fecha 10 de enero de 2018, suscrita por Marcela González Bañados, Subgerente Operaciones Seguros Vida, destinada a María Cristina Cabrera Muñoz, referencia “póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

7.- Copia de carta de fecha 09 de febrero de 2018, suscrita por Marcela González Bañados, Subgerente Operaciones Seguros Vida, destinada a Andrés García Durán, Coordinador Área de Protección al Inversionista y Asegurado, referencia “ORFORD N° 2026, póliza N° 11301563 VidAhorro 100”;

8.- Copia de Informe OFORD N° 2026, SGD N° 2018020022418, emitido por la Comisión para el Mercado Financiero de la Superintendencia de Valores y Seguros, destinado a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.;

9.- Copia de publicación Diario El Mercurio, de fecha 16 de noviembre de 2018, denominada “¿Cómo opera el principio de buena fe en el contrato de seguros en Chile?”;

10.- Copia de sentencia de fecha 29 de octubre de 2012, Rol N° 3.903-12, de la Excelentísima Corte Suprema;

11.- Copia de ficha de hospitalización de fecha 13 de diciembre de 2017, de Cabrera Muñoz María Cristina;



12.- Copia de informe clínico de María Cristina Cabrera, de fecha 10 de agosto de 2017, Clínica Santa María;

13.- Copia de pantallazo página web poderjudicial.cl, búsqueda de abogados, Cabrera Muñoz María Cristina;

14.- Copia de siniestro de María Cristina Cabrera Muñoz, de fecha 08 de febrero de 2018, emitido por Juan Cataldo Acuña, médico contralor;

15.- Copia de apelación de resolución que rechaza pago de seguro, de fecha 24 de noviembre de 2017, presentado por María Cristina Cabera Muñoz, ante Consorcio Nacional de Seguros S.A., referencia póliza N° 11301563/Vid Ahorro 100;

DÉCIMO CUARTO: Que, con fecha 01 de agosto de 2019, la demandada, produce la absolución de posiciones de la demandante, doña María Cristina Cabrera Muñoz, quien depone al tenor del pliego de posiciones custodiado bajo el número 5398-2019, respondiendo que: es efectivo que el año 2007 se realizó una cirugía de bypass gástrico, en la Clínica Indisa, asistiendo a todas las consultas y exámenes, sin presentar ningún problema; que no ha sufrido complicaciones luego de esa cirugía ni ha ingresado a alguna clínica u hospital a causa de su antiguo o actual problema de obesidad o sobrepeso; que por el bypass solo debe tomar un multivitamínico diario; que no mantiene ninguna dieta alimentaria especial a causa de su obesidad, sobrepeso y/o bypass gástrico, pero que tuvo una dieta recomendada por el médico durante el primer año; que es efectivo que el año 2014 contrató un seguro de salud con Consorcio y que sabe lo que es una declaración personal de salud; que desconoce los procedimientos de una compañía de seguros; que las respuestas que dio fueron bajo las instrucciones dadas por la persona con quien contrató el seguro, a quien le dijo que se había realizado un bypass gástrico el año 2007, a lo que le respondió que no era necesario declarar nada anterior a 3 años; que reconoce la firma en el documento acompañado a folio 50; que no recuerda si en la declaración personal de salud se indican límites de tiempo, pero firmó bajo las instrucciones de la persona con la que contrató el seguro; que exhibido el documento puede decir que no se establecen plazos dentro del formulario; que contrató el seguro de salud de manera libre y voluntaria; que al momento de llenar la declaración personal de salud sabía y se acordaba de su cirugía y hospitalización en el año 2007; que luego no se acercó a la compañía para rectificar su declaración, por cuanto la ejecutiva le indicó que no era necesario declarar alguna intervención quirúrgica en un plazo anterior a 3 años; que en marzo-mayo de 2017, en la Clínica Indisa se sometió a una operación por barros biliares y le sacaron la vesícula; que ingresó de urgencia de la Clínica Santa María en agosto de 2017, por una perforación en el intestino; que se hizo la operación a la vesícula comentada y todos los exámenes en la Clínica Indisa; que desde octubre de 2017 asistió al médico, clínica u hospital por la peritonitis que sufrió en agosto de



dicho año; que no es médico pero un bypass gástrico significa un día de hospitalización, anestesia e ingresar al quirófano; que ella estuvo dos o tres días en la Clínica Indisa y tuvo una sola cirugía; que es abogada titulada en el año 2010 y trabajó para una empresa de cobranza judicial y después en Carabineros, en el departamento de información pública y lobby, contratada por la Subsecretaría de Previsión del delito a contar del 1 de agosto de 2019; que estudio en la Universidad Católica una especialización en Derecho Regulatorio; que en la actualidad no padece algún problema de peso o alimentario; que en el año 2014 no tenía problemas de peso ni alimentario y que las molestias de la vesícula no tiene relación con problemas alimentarios según lo que entiende; que tuvo obesidad del año 2005 al 2007; que se hospitalizó por la vesícula en el 2017 y por una fractura de la mano en octubre o noviembre de 2014; que en mayo de 2017 se sometió a una operación de vesícula, estando 2 o 3 días en la Clínica Indisa y después estuvo internada 45 días en la Clínica Santa María en agosto de 2017 por una peritonitis; que no le han devuelto ninguna prima y le siguen cobrando el mismo valor hasta la fecha, razón por la que se acercó físicamente a la oficina para saber qué le cubre y no ha tenido respuesta; que la SVS rechazó la apelación que dedujo al ser un tema de Tribunales; que al menos para ella es obligación declarar de manera veraz, honesta y sincera la declaración personal de salud; que no recuerda si la declaración personal de salud advierte sobre las declaraciones falsas o reticente; que sabe que en una declaración jurada o ante ministro de fe no puede mentirse; que sabe que el principio de buena fe constituye un principio esencial en el ordenamiento jurídico chileno y que rige para todo; que está afiliada a Vida 3 y no recuerda el monto que cubrió, pero la deuda efectiva que le corresponde pagar es de \$62.000.000 aproximadamente;

DÉCIMO QUINTO: Que, además, la demandada, rindió prueba testimonial, con fecha 28 de junio de 2019, compareciendo doña María Paz Labbé Barros, quien previa y legalmente juramentada e interrogada, expuso en cuanto al punto N° 1 de prueba, esto es, fecha, modalidades y demás cláusulas pactadas en el contrato suscrito por las partes, señala que tuvo a la vista la póliza de seguros firmada por la afectada y su declaración de salud, contratada en el año 2014, por un producto flexible llamado Vida Ahorro 100, con 3 coberturas, de fallecimiento, de invalidez accidental y reembolso de prestaciones médicas mayores. Agrega que para suscribir dicha póliza, tanto la Compañía de Seguros Consorcio como la asegurada tienen que cumplir con ciertos deberes, en particular esta última debe declarar y contestar todos los documentos que la compañía le provea con el objeto de poder evaluar en forma correcta el riesgo a asegurar, entre ellos, la declaración personal de salud. Señala que en el caso de autos, la asegurada no declaró ninguna preexistencia, alteración o ser portadora de ningún antecedente de los que se preguntaba en dicha declaración,



razón por la que el seguro fue otorgado bajo condiciones normales, emitiéndose el 02 de octubre de 2014. Añade que le consta lo declarado porque es funcionaria de la empresa Consorcio Nacional de Seguros y es jefa del departamento de siniestros de seguros de vida. Preguntada la testigo responde que: la obligación más importante del asegurado es completar y declarar sinceramente todos los formularios requeridos para la evaluación de su solicitud de seguros; que la DPS no establece ningún límite de tiempo respecto de hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a las que haya sido sometido el asegurado durante su vida; que en la DPS se solicita se declare con franqueza lo preguntado, indicando qué enfermedades van a ser aceptadas sin problemas y cuales pueden ocasionar una evaluación distinta, además de que al pie de la firma del asegurado, éste declara que es esencial para la validez del seguro y que toda declaración inexacta o reticente libera a la Compañía de la obligación de cubrir el siniestro reclamado. En cuanto al punto de prueba N° 4, esto es, efectividad de haber existido enfermedades y/o operaciones quirúrgicas preexistente de la demandante al momento de la suscripción del contrato, expone que es efectivo, lo que le consta porque tuvo a la vista los informes médicos de la Clínica Santa María, epicrisis y ficha clínica que refieren a una cirugía bariátrica realizada el 2007. Preguntada la testigo responde que: la asegurada declaró no haberse realizado ninguna cirugía, ni haber estado hospitalizada en la declaración personal de salud; que tuvo conocimiento de otra cirugía de la demandante en mayo de 2017, en la Clínica Indisa, correspondiente a la revisión de su cirugía bariátrica a una colecistomía y un corte de intestino; que el siniestro de agosto de 2017 fue por una complicación de la cirugía de mayo de 2017, que a su vez, está relacionada con la cirugía bariátrica de 2007, de acuerdo a la epicrisis de la Clínica Santa María; que una pre-existencia es toda alteración de la salud, ocupación o actividades de los asegurados previos al otorgamiento del seguro, debiendo ser declarados cuando se solicita la declaración del seguro, en este caso, en la DPS; que una hospitalización o cirugía bariátrica constituye una pre-existencia. En cuanto al punto de prueba N° 5, esto es, efectividad de que la actora haya ocultado dolosamente información respecto a la declaración personal de salud al momento de la celebración del contrato, en su caso, hechos y circunstancias que la habrían motivado y/o justificado, expone que se remite a lo ya indicado, alegando que la asegurada conscientemente omitió información, faltando a la verdad y denunciando posteriormente un siniestro por una cirugía que tiene que ver con la declaración no veraz. Hace presente que la demandante de haber declarado la cirugía, la compañía no la habría considerado para la cobertura de reembolsos de prestaciones médicas mayores. Preguntada la testigo responde que: una omisión de tal envergadura puede generar un perjuicio a la compañía, toda vez que de haber sido declarado el riesgo, la compañía lo habría



rechazado, por lo que estima que sí hubo intención de dañar a la compañía; que los seguros de vida son comercializados a través de la fuerza de venta de la compañía y bróker de la compañía, pero la fuerza principal son los ejecutivos de venta, con procesos de inducción y capacitaciones extensas, con el fin de asegurar que el ejecutivo pueda asegurar y asesorar al cliente al momento de ofrecer un seguro de vida, emitido de acuerdo a la normativa vigente. En cuanto al punto de prueba N° 3, esto es, si con ocasión de los hechos sub-lite, operó el seguro materia de la referida póliza, en su caso, procedencia o improcedencia de la misma, expone que producto de la evaluación del siniestro del seguro, no se otorgó la indemnización reclamada, por todos los argumentos antes indicados e incluso la compañía se vio en la necesidad de eliminar la cobertura de la R.P.M.M, ya que no debió haber sido incluida en esta póliza, debido a su omisión en el minuto de la suscripción. Preguntada la testigo responde que: la cobertura se rechazó en base a la aplicación del contrato de seguro y las omisiones en la declaración de salud, aplicando manuales de evaluación y tarificación de riesgos al momento de las suscripción, por lo que se evaluó que la asegurada no era asegurable; que las políticas de seguros son similares para todas las compañías, se modifican a lo largo del tiempo, no es algo estático; que la Superintendencia mantuvo el rechazo del siniestro; que en Consorcio se rechaza un 20% de los casos por diferentes razones, la más importante es cuando el asegurado no logra justificar el hecho reclamado y por exclusiones contractuales.

Con fecha 18 de julio de 2019, comparece don Juan Antonio Cataldo, quien previa y legalmente juramentado e interrogado, expuso en cuanto al punto N° 4 de prueba, que es efectivo, constándole porque revisó todos los antecedentes al analizar el siniestro y en ella se encontraba la declaración personal de salud que llena todo asegurado al suscribir el seguro. Explica que la declaración personal de salud es un documentos que llena de buena fe el asegurado, el cual se entiende como veraz por parte de la compañía aseguradora. Añade que la asegurada no declaró ningún antecedente de enfermedad o cirugía previa, pero producto de la investigación de la ficha clínica se pudo confirmar una cirugía de bypass gástrico laparoscópico realizada en el año 2007, que altera la apreciación del riesgo por parte de la compañía impidiéndole a ésta haber excluido de esta cirugía los gastos asociados, complicaciones y secuelas como las que ocurrieron posteriormente el año 2017. Exhibido el documento acompañado en autos con fecha 2 de julio de 2019, indica que él lo confeccionó con el análisis del siniestro que entrega a la compañía luego de revisar todos los antecedentes necesarios para tomar una decisión lo más justa posible. Añade que la cirugía de bypass gástrico es una cirugía que tiene múltiples complicaciones, que si bien con el tiempo disminuyen, se mantiene en forma importante a mediano y



largo plazo, toda vez que más del 50% de las personas que reciben esta operación se recuperan en el largo plazo;

DÉCIMO SEXTO: Que, con fecha 09 de septiembre de 2019, se llevó a cabo la audiencia de exhibición documental, solicitada por la parte demandada, oportunidad en la que la exhibiente Clínica Santa María SpA., representada por don Raúl Miranda Suárez, exhibió los siguientes documentos, que se encuentran custodiados en el Tribunal bajo el N° 7409-2019:

1.- Ficha clínica de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, Rol 884.886-6, correspondiente a hospitalización de fecha 17 de octubre de 2017, que comprende hoja de admisión, protocolo operatorio, epicrisis, evaluaciones médicas y de enfermería, consentimiento informados y otros antecedentes;

2.- Ficha clínica rol 1012414-K, de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, correspondiente a hospitalización a contar del 04 de agosto de 2017, que comprende antecedentes similares a la ya acompañada;

3.-Ficha clínica rol 1060451-6, de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, correspondiente a hospitalización a contar del 24 de agosto de 2018, que comprende antecedentes similares a la ya acompañada;

4.- Ficha de registro clínico electrónico, correspondiente a fichas de atención ambulatoria y de urgencia por el período comprendido entre el 03 de enero de 2012 y 25 de junio de 2019;

5.- Copia de informes de exámenes de imagenología, correspondiente a la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, entre el período comprendido del 18 de noviembre de 2014, al 30 de mayo de 2019;

6.- Copia de resultados de exámenes solicitados en carácter ambulatorio, respecto a la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, entre el período comprendido del 16 de octubre de 2014 al 02 de abril de 2019;

7.- Copia de resultados de exámenes motivados en hospitalización de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, según muestras tomadas entre el 04 de agosto de 2017 y 19 de agosto de 2017;

8.- Copia de resultados de exámenes motivados en hospitalización de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, según muestras tomadas entre el 19 de agosto de 2017 y el 24 de agosto de 2018;

Asimismo, con fecha 29 de octubre de 2019, se llevó a cabo la audiencia de exhibición documental, solicitada por la parte demandada, oportunidad en la que la exhibiente Clínica Indisa S.A., representada por don Carlos Maximiliano Neira Flores, exhibió copia de todos los antecedentes clínicos de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz, que se encuentran custodiados en el Tribunal bajo el N° 8649-2019:



Finalmente, con fecha 30 de diciembre de 2019, a solicitud de la demandada, la exhibiente Centro Clínico de Tratamiento de la Obesidad Limitada, luego de haberse hecho efectivo el apercibimiento decretado con fecha 04 de diciembre de 2019 y ordenado el pago de una multa de 2 sueldos vitales, acompañó la ficha clínica, evolución y protocolo respecto de la paciente María Cristina Cabrera Muñoz;

DÉCIMO SÉPTIMO: Que, son hechos de la causa, por así encontrarse acreditados en el proceso, los siguientes:

1.- Que doña Cristina Muñoz Tejos, contrató con fecha 02 de octubre de 2014, seguro Vid Ahorro 100, póliza 11301563, con vigencia hasta que la asegurada cumpliera 100 años de edad, y que cubre fallecimiento, beneficio por invalidez accidental y reembolso de prestaciones médicas mayor;

2.- Que, en dicho contrato, se estableció en el artículo 4, denominado “Exclusiones”, letra (b): “La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no será exigible a la Compañía en los siguientes casos: (b) Enfermedades o dolencias preexistentes, sus consecuencias y complicaciones, entendiéndose por tales aquellas diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o Contratante antes de la contratación del seguro”. Del mismo modo, en el artículo 5, se establece, como obligaciones del asegurado “(i) declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo...”;

3.- Que, en declaración de salud, la contratante informó, en el acápite 10: ¿Ha sido hospitalizada? No; ¿Ha sido sometida a intervención quirúrgica? No” (ibook pág. 247), no obstante haberse sometido durante el año 2007 a una intervención de bypass gástrico;

4.- Que, luego de ello, el 21 de marzo de 2017, la actora se sometió a una “Colelitiasis”, y el 04 de agosto de 2017 ingresó al servicio de urgencias de Clínica Santa María con diagnósticos: Dg (diagnóstico) 1, shock séptico severo foco abdominal; Dg 2, perforación de víscera hueca; Dg 3, insuficiencia renal aguda, indicándose como antecedentes mórbidos “By pass gástrico lap hace 10 años, colecistectomía lap hace 2 meses + procedimiento bariátrico”;

5.- Que, en epicresis de Clínica Santa María, se indica en lo relativo a internación de 04 de agosto de 2017 a 14 de septiembre de 2017, diagnóstico de ingreso: “Shock séptico de foco abdominal secundario a perforación de víscera hueca. Antec de Bypass Gástrico hace 9 años y colecistectomía + cirugía revisional de By Pass mayo (sic)/2017”, agregándose en diagnóstico de egreso: “Shock séptico abdominal secundario a perforación de yeyuno, en relación a entero-entero anastomosis / peritonitis generalizada severa... Antec de By pass gástrico hace 9 años y colecistectomía + cirugía revisional de By pass mayo/2017 (resección de segmento de asa común, en otro centro);



6.- Que, por comunicación de 15 de noviembre de 2017, la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., suscrita por su Subgerente de Operaciones de Seguros de Vida, sra. Marcela González Bañados, comunicó a la asegurada y actora, sra. Cristina Muñoz Tejos, el rechazo de la cobertura del siniestro consistente en intervención y hospitalización desde el 04 de agosto y hasta el 15 de septiembre, ambos de 2017, indicando: “las inexactitudes en la Declaración Personal de Salud, son determinantes en el riesgo se ha decidido Rechazar el siniestro ya que las prestaciones actuales guardan directa relación con la cirugía Gástrica del año 2007 y rescindir contrato para la cláusula de Reembolso Prestaciones Médicas Mayor, con la correspondiente devolución de primas pagadas para esta cobertura la que se hará efectiva los próximos días a favor su favor como contratante de la póliza (sic)” (ibook págs. 80 y 81), apelándose de dicha resolución con fecha 28 de noviembre del mismo año, lo que fue desestimado por comunicación de 05 de diciembre siguiente, manteniéndose rechazo de cobertura por comunicación de 10 de enero de 2018;

7.- Que, con posterioridad, con fecha 22 de enero de 2018, la actora presentó reclamo contra la Compañía Aseguradora, ante la Superintendencia de Seguros, producto del rechazo de cobertura,

8.- Que de acuerdo a certificado médico de 17 de enero de 2018, del dr. Jorge Bravo López, cirugía digestiva laparoscópica, el ingreso de la paciente el 04 de agosto de 2017, por eventual perforación intestinal, peritonitis difusa severa y shock séptico de foco abdominal, no tendría relación con intervención de Bypass Gástrico, 10 años previa, concluyéndose que la “paciente padeció una sepsis abdominal severa secundaria a perforación intestinal de causa no precisada. Cuya etiología está en un contexto múltiple y de acuerdo a los detalles de protocolo previo de cirugía inmediatamente anterior...” (ibook pág. 88). Lo mismo se indica en certificado de 04 de septiembre de 2019 (ibook 515-516);

10.- Que de acuerdo a comunicación de Vida Tres, de 03 de diciembre de 2018, operó en beneficio de la actora, préstamo legal de la Ley de Urgencias, solicitando se proceda a partir de diciembre de 2018, a la retención y descuento de un 5% de la remuneración o pensión de la actora, para financiar la suma no cubierta por plan de salud de la intervención y hospitalización de 04 de agosto de 2017, por un total de **\$37.453.338**;

11.- Que consta giro de cheque por \$8.199.439 por la actora a favor de Clínica Santa María S.A., con fecha 07 de diciembre de 2018, más comprobantes de pago con tarjeta de crédito, por \$1.899.439, fecha ilegible, y \$6.300.000, fecha ilegible (suma de ambas tarjetas valor cheque). Luego, de acuerdo a certificado de Clínica Santa María se explica que la paciente pagó un suma total de **\$20.199.439** por



clínica y \$1.759.321, por honorarios médicos, considerando bonificación de isapre (ibook pág. 514);

DÉCIMO OCTAVO: Que, como se adelantó, en estos autos se deduce acción de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, por doña María Cristina Cabrera Muñoz en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., con el objeto que se dé cumplimiento al contrato de seguro celebrado entre las partes, contrato de seguro integral denominado VidAhorro 100 Plan A, póliza N° 11301563, con vigencia desde el 02 de octubre de 2014, y de esta forma se ordene a la Compañía Aseguradora cubrir el siniestro, procediendo al pago de \$62.706.546, correspondientes a los gastos devengados con la intervención y hospitalización de 04 de agosto de 2017 y que se extendió hasta el día 15 de septiembre de ese mismo año, más todos aquellos gastos que se devenguen con posterioridad, con reajustes, intereses y costas.

Que, por su parte, la demandada, al contestar el libelo deducido en su contra, solicita su rechazo, con expresa condena en costas, argumentando que la actora omitió deliberadamente información importante en su declaración de salud, al negar haber estado hospitalizada y haberse sometido a intervención quirúrgica, pese a que durante el año 2007 se sometió a intervención de bypass gástrico, explicando que no existe incumplimiento de su parte al contrato de seguro, pues la inexactitud o reticencias en su declaración revisten el carácter de dolosa;

DÉCIMO NOVENO: Que, atendido el mérito de la acción deducida en autos, cabe señalar que de acuerdo al artículo 1545 del Código Civil, “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”. Por su parte, el artículo 1546 del citado cuerpo de leyes dispone que “Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”, agregando el artículo 1489 inciso 2° del Código Civil, que en el caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, “podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”.

Luego, y en lo que respecta a la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, ésta tiene lugar cuando se infringe una obligación preexistente entre las partes, fundamentalmente de origen convencional, y por asimilación, de otras fuentes extracontractuales (René Abeliuk Manasevich, Las Obligaciones, Tomo II, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, año 2011, pág. 911).



También se ha dicho que la “Responsabilidad contractual es la sujeción a la sanción impuesta por un ilícito contractual. Este ilícito es el daño causado a otro por la infracción de una obligación o relación jurídica específica preestablecida, sea que derive ella de un contrato, un cuasicontrato o de una disposición de la ley, como la obligación alimenticia. Su sanción es la de reparar o indemnizar el daño causado por dicha infracción” (Alessandri, Somarriva, Vodanovic, Tratado de Las Obligaciones, Volumen II, Editorial Jurídica de Chile, Segunda Edición, año 2010, pág. 251).

Que, de conformidad al inciso primero del artículo 1556 del Código Civil, “La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento”.

En torno a dicho precepto, la doctrina ha determinado como requisitos de la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual los siguientes: a) Que entre las partes exista un contrato válido; b) Que el daño sea ocasionado por una de las partes en perjuicio de la otra; c) Que el daño provenga del incumplimiento y no de otra actuación del deudor;

VIGÉSIMO: Que de acuerdo al artículo 512 del Código de Comercio, “El seguro es un contrato bilateral, condicional y **aleatorio** por el cual una persona natural o jurídica toma sobre sí por un determinado tiempo todos o algunos de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes a otra persona, obligándose mediante una retribución convenida a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados”.

Para don Ricardo Sandoval López, son características del contrato de seguro, el ser *bilateral, solemne, nominado, oneroso, de buena fe, de adhesión, dirigido, principal* y generalmente *individual*, siendo sus principios formativos los siguientes: *buena fe, interés asegurable, subrogación, indemnización, contribución y causa inmediata* (Ricardo Sandoval López, Derecho Comercial, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, Tomo III, página 193 y 188).

Según explica el mismo autor, existen cuatro grupos de seguros, a saber: seguros de cosas, seguros de derechos, seguros de patrimonio total y seguros de personas. “El primer grupo está formado por el conjunto de ramos de seguros en que el objeto del seguro es el interés del asegurado en una cosa... El segundo grupo está integrado por ramos que protegen un derecho existente o que se espera exigir de terceros, generalmente emanado de un contrato... En el tercer grupo encontramos los ramos en que el objeto del seguro es todo el patrimonio considerado en su conjunto... Finalmente, el cuarto grupo está compuesto por los ramos en que el objeto del seguro es la vida, la salud o la integridad física o mental de una persona; ejemplos: el seguro



de vida, el seguro de accidentes personales, seguro de riesgos de enfermedades, seguro de desgravamen hipotecario, etcétera” (Ricardo Sandoval López, op. cit., pág. 191).

Que, “según prescribe el art. 61 inciso segundo del DFL N° 251, la liquidación de un siniestro tiene por fin, básicamente, determinar la ocurrencia de un siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello conforme al procedimiento establecido en el Reglamento de los auxiliares del comercio de seguros. La liquidación se desenvuelve sobre la base de una serie de actividades, que parten con la recepción del reclamo de indemnización y sus antecedentes, que le envía el asegurador al liquidador, prosigue con inspecciones al objeto dañado y al lugar del siniestro, evaluación de daños y peritajes, luego de lo cual este funcionario hace un análisis de los antecedentes recogidos durante todas las etapas anteriores, lo que culmina en la elaboración de un informe de liquidación que el liquidador debe entregar al asegurado y el asegurador” (“Osvaldo Contreras Strauch, Derecho de Seguros, Análisis Sistemático de la Nueva Ley Chilena sobre Contrato de Seguro, Thomson Reuters, 2° Edición, julio 2014, pág. 664), observándose como principios de esta actividad los siguientes: a) principio de celeridad y economía procedimental; b) principio de objetividad y carácter técnico; y c) Principio de transparencia y acceso (Osvaldo Contreras Strauch, op. cit., pág. 671);

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, en el caso sub lite, la negativa de la demandada a indemnizar el siniestro verificado, dice relación con la omisión de información relevante por parte de la asegurada, quien omitió en su declaración de salud el hecho de haber sido sometida a intervención quirúrgica con anterioridad y que, dicha intervención, correspondía a un by pass gástrico.

Que, como se adelantó, la normativa de seguros descansa sobre diversos principios, entre ellos, buena fe e interés asegurable.

Que, por su parte, sin cuestionar la intención de la actora al omitir información relevante en la declaración de salud, teniendo además presente su calidad de abogado y, por consiguiente, conocedora de las leyes, presunción que igualmente recae sobre todo habitante del país (art. 7 Código Civil), no puede obviarse que ha faltado a dichos principios, alterando el riesgo en la contratación y vulnerando los principios antes referidos, y aún más, la ley del contrato, cuto artículo 4 del Seguro de Vida Individual con Primas Variables Vinculado a Activos de Inversión, denominado “exclusiones”, letra b, dispone como causal de exclusión “Enfermedades o dolencias preexistentes...”, siendo una obligación del asegurado, de acuerdo al artículo siguiente, primera parte, “declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo”, pues en caso contrario,



eventualmente, se desnaturalizaría el contrato, dejado de ser aleatorio, para mutar en un contrato a todo evento, lo que evidentemente pugna con su naturaleza;

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que aún más, el artículo 6, declaraciones del asegurado (ibook pág. 31), dispone: “En las Condiciones Particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración efectuada por el Asegurado, de conformidad con los requisitos y formalidades requeridas para el efecto por la normativa legal y administrativa vigente. Dado lo anterior, el Asegurado deberá informar detalladamente a la Compañía lo que ésta le requiera acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos al momento de la contratación de esta Póliza, respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las patologías preexistentes y sometién dose a los exámenes médicos que le sean requeridos. El costo de estos exámenes será de cargo de la Compañía. Si el siniestro no se ha producido y el Contratante y/o el Asegurado según corresponda, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite la Compañía, ésta podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el Asegurado no revisten alguna de dichas características, la Compañía podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la Prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición de la Compañía o no le da contestación dentro del plazo de diez (10) días contado desde la fecha de envío de la misma, esta última podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación, quedando a disposición del Asegurado según lo estipulado en el Artículo 14 de estas Condiciones Generales. **Si el siniestro se ha producido y este proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo indicado precedentemente, la Compañía quedará exonerada de su obligación de pagar el Capital en Riesgo.** En caso contrario, tendrá derecho a rebajar el Capital en Riesgo en proporción a la diferencia entre la Prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si la Compañía, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente”;

VIGÉSIMO TERCERO: Que, incluso de considerarse que esta omisión no ha sido dolosa o con conocimiento de causa, reiterando la aplicación del principio de buena fe contractual que debe imperar en todo acuerdo de voluntades, correspondería



analizar si la intervención de by pass gástrico de 2007 tuvo relación con la segunda intervención del año 2017.

Que, al efecto, deberá tenerse en consideración, como premisa, que una intervención de by pass implica que el paciente ha padecido previamente algún tipo de obesidad, en mayor o menor grado, con todas las alteraciones médicas que ello pueda conllevar.

Que, se reitera, en el caso de obviarse la incompleta declaración de salud de actora -quien no pudo olvidar la realización de la cirugía previa-, lo cierto es que no se ha acreditado la no relación entre la operación de by pass gástrico de 2007, intervención de marzo de 2017 y el ingreso a urgencias de la actora a la Clínica Santa María en agosto de dicho año, pues, si bien constan 2 certificados médicos emitidos por el dr. Jorge Bravo, con fechas 04 de enero de 2018 y 04 de septiembre de 2019 (ambos posteriores a la comunicación de rechazo de cobertura), lo cierto es que de acuerdo a fichas clínicas acompañados a la causa, tanto ingresadas a la carpeta virtual como en custodia, se indica que la intervención de marzo de 2017, importó, entre otras cosas “cirugía revisional de By Pass mayo (sic)/2017”, resección intestinal y anastomosis enteral por cirugía digestiva más colecistectomía laparoscópica,

VIGÉSIMO CUARTO: Que, de este modo, no solo ha quedado acreditado en autos que se omitió información relevante al momento de la contratación del seguro “Vid Ahorro 100 Plan A”, cuya cobertura reclama la actora, sino que, a mayor abundamiento, aún de obviarse tal incumplimiento de declaración oportuna y veraz, se desprende, de la documentación acompañada, que dicha intervención silenciada, by pass gástrico del año 2007, tuvo injerencia en la intervención de marzo de 2017 y complicaciones posteriores, que dieron lugar al ingreso a urgencias de la sra. Cabrera Muñoz a Clínica Santa María, con fecha 04 de agosto, no pudiéndose descartar su vinculación con el informe del dr. Bravo, a falta de otro tipo de prueba idónea, como informe de peritos u otro;

VIGÉSIMO QUINTO: Que, atendido lo resuelto precedentemente, resulta innecesario referirse a los supuestos perjuicios causados, cuya cuantía -en todo caso-, de acuerdo al mérito de certificado de Clínica Santa María, difiere de lo demandado por la actora;

VIGÉSIMO SEXTO: Que, la restante prueba rendida y no pormenorizada precedentemente, en nada altera lo concluido por esta magistrado;

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, atendido el mérito de los antecedentes y lo dispuesto por el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, estimando esta magistrado que la actora ha litigado con motivo plausible, se le eximirá del pago de las costas de la causa.



«RIT»

Foja: 1

Por estas consideraciones y visto lo dispuesto en los artículos 1489, 1511, 1545, 1546, 1698, 1699, 1700, 1702, 2295 y siguientes del Código Civil; 144, 254, 342 y 346 del Código de Procedimiento Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; DFL 251; y demás normas pertinentes, se declara:

I.- Que se rechazan, sin costas, las tachas deducidas por la demandante en contra del testigo sr. **Juan Antonio Cataldo Acuña**, presentado por la parte demandada;

II.- Que se rechaza la demanda de 28 de junio de 2018;

III.- Que se exime del pago de las costas a la demandante.

Notifíquese, dése copia y archívese en su oportunidad.

ROL N° 19.521-2018

Dictada por doña **Soledad Araneda Undurraga**, Juez Titular.

Autoriza doña **Daniela Ramírez Marambio**, Secretaria Interina.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. En **Santiago, veintinueve de Marzo de dos mil veintiuno.-**

