

C.A. de Concepción

scc

Concepción, quince de febrero de dos mil veinticuatro.

**VISTOS:**

En el basamento noveno, letra f), párrafo tercero, se reemplaza la expresión "condiciones particulares de la póliza N° 340007773", que se elimina y se la reemplaza por la expresión siguiente "condiciones generales incorporadas al depósito de pólizas bajo el código POL 320130506".

Se reproduce la sentencia en alzada, de tres de diciembre de dos mil veintidós.

**Y, SE TIENE, ADEMÁS, PRESENTE:**

**PRIMERO:** Que, dentro de los contratos de prestación de servicios a consumidores, desde antiguo, los de seguros, han tenido una especial reglamentación y preocupación por parte del legislador, que no ha dejado entregado este tema al solo imperio de la autonomía de libertad contractual, protegiendo el Estado a los consumidores en su vertiente económica, contractual y administrativa y estableciendo controles administrativos y financieros para garantizar la solvencia de las entidades aseguradoras.

**SEGUNDO:** Que, es así como ya la Ley N° 4.228 de 1927, empezó a comprender el contrato de seguros como una actividad económica regulada por el Estado, restringiendo la posibilidad de explotación de la actividad aseguradora a sociedades anónimas legalmente constituidas para este único objeto, creando, además, la Superintendencia de Seguros, la que posteriormente, se estableció y amplió en definitiva con el DL N° 3.538 de



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

Código: YSGGXLVKTVX

1980, que creó la "Superintendencia de Valores y Seguros" -en adelante SVS-, entidad que el año 2017, con la dictación de la Ley. 21.000, pasó a denominarse Comisión Para el Mercado Financiero, manteniendo las atribuciones que ya tenía la SVS.

**TERCERO:** El fundamento para el trato diferenciado que da el legislador a esta rama de actividad económica se encuentra en la especial vulnerabilidad en que, como contratante más débil, se encuentra el asegurado respecto a la aseguradora, que redacta las pólizas y todas las cláusulas que dan vida a los contratos de seguros, fijando los riesgos a cubrir y sus exclusiones y determinando las primas a pagar por parte de quienes los suscriban, quienes, en general, carecen de los conocimientos, las facultades y el poder relativo de negociación como para pactar y modificar vis a vis los términos, las estipulaciones y las primas a pagar, funcionando entonces en la práctica estas convenciones como verdaderos contratos de adhesión.

**CUARTO:** Que, el artículo 543 del Código de Comercio, reconoce que las condiciones y coberturas de un contrato de seguro pueden estar constituido por dos instrumentos, las condiciones generales de la póliza, que se depositan en la SVS, en cuanto regulador del servicio y las condiciones particulares que singularizan las estipulaciones de la póliza al caso concreto, señalan la prima a pagar e identifican a los contratantes.

El sentido de que se depositen en la SVS las condiciones generales tipos de contratos de seguros y que esta entidad tenga la potestad de revisar su contenido y eventualmente, prohibir determinadas



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

Código: YSGGXLVKTVX

estipulaciones o condiciones, se relaciona con la idea de estandarizar el funcionamiento de la industria y uniformar las condiciones en que quedan los consumidores frente a las distintas empresas o compañías de seguro cuando se trata de un contrato que cubre un mismo riesgo, razón por la cual, una vez depositada unas condiciones generales en la SVS, cualquier compañía de seguros del mercado puede usarlas libremente como pólizas tipo.

**QUINTO:** Que, la apelante invoca que la sentencia en contra de la que se alza interpreta erróneamente las condiciones generales y particulares de la póliza para concluir que el siniestro que sufrió la actora se encuentra dentro de los riesgos cubiertos por la póliza. En efecto, aduce que la sentencia se basa en el punto 2 de las condiciones generales de que no excluye la cobertura por el cáncer sufrido por la demandante, olvidando que esas condiciones no pueden interpretarse aisladamente y que debían interpretarse armónica y conjuntamente con las condiciones particulares de la misma que también forman parte de la póliza, que especifican que sólo se da cobertura a 6 enfermedades o patologías, dentro de las cuales no se encuentra la enfermedad que sufrió la actora.

**SEXTO:** Que entonces, para efectos de interpretar correctamente el contrato y decidir el asunto controvertido, resulta importante establecer la relación y correspondencia que debe existir entre las condiciones generales y particulares que forman parte de la póliza y en concreto, determinar si las condiciones particulares, por especialidad, pueden modificar en aspectos



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

Código: YSGGXLVKTVX

esenciales -como en este caso, los riesgos cubiertos-las condiciones generales de la misma póliza. Si la respuesta a esta interrogante es afirmativa, como señala la parte demandada, las condiciones generales que dan cobertura al cáncer fueron invalidadas y dejadas sin efecto por las condiciones particulares, que sólo dan cobertura a seis enfermedades y el siniestro no se encuentra cubierto y si carecen de la aptitud para hacer tal modificación, como subyacentemente afirma la sentencia, ese riesgo sigue teniendo cobertura y la compañía de seguros debe responder.

**SÉPTIMO:** Que, en concepto de esta Corte, la interpretación que hace el sentenciador del grado se ajusta a derecho y se compadece con la especial naturaleza del contrato de seguros, debiendo consecuentemente la empresa dar cobertura a este siniestro por encontrarse dentro de los riesgos pactados con el asegurado, ello por las siguientes consideraciones:

1.- En primer lugar, hay que considerar que las condiciones generales de una póliza, que se inscriben, aprueban y singularizan ante la SVS con un código POL tienen el carácter de cláusulas tipos, es decir, son las condiciones genéricas mínimas que se aprueban por la autoridad, con las que se busca uniformar riesgos y coberturas y colocar a los usuarios, a los asegurados, en un plano de cierta igualdad de condiciones respecto a quienes contraten por la cobertura del mismo riesgo en otra compañía de seguros. La idea es estandarizar la cartera de coberturas que ofrecen las diversas compañías de seguros que operan en el mercado para tender a la



existencia de ciertos mínimos comunes a partir de los cuales se pueda particularizar algunos aspectos no esenciales a la hora para adecuarlos a las especificidades de un caso concreto.

Este predicamento no parece compadecerse con la idea de que las condiciones particulares afecten o alteren las cláusulas esenciales de las pólizas tipo depositadas en la SVS -que son públicas y conocidas porque se encuentran informadas en la página web de la SVS-, y ciertamente, los riesgos cubiertos son, por definición, condiciones o estipulaciones esenciales del contrato, porque son precisamente ellos, los que motivan, los que se encuentran a la base de la decisión del usuario de suscribirlo. Así las cosas, fácil es advertir que si la posición de la apelante fuere efectiva, si las condiciones particulares pueden modificar en su esencia las condiciones generales del contrato, entonces carece de sentido que éstas sean depositadas ante la autoridad y nunca se podría alcanzar por esta vía el propósito de lograr cierta estandarización de la industria que le diere seguridades y condiciones de cobertura mínimas a los usuarios que contratan en distintas aseguradoras.

2.- Que, como una consecuencia necesaria de lo que se ha venido sosteniendo, es que la Superintendencia de Valores y Seguros -hoy Comisión para el Mercado Financiero- el 26 de julio de 2013, dictó la norma de carácter general N° 349, intitulada "Establece normas relativas al depósito de pólizas y disposiciones mínimas de las pólizas de seguros". En dicha instrucción se definen las condiciones generales de la póliza como "los textos de las pólizas tipo que deben utilizar las



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

Código: YSGGXLVKTVX

entidades aseguradoras en la contratación de los seguros, que contienen las regulaciones y estipulaciones por las que se rige el contrato respectivo". Añade en el apartado II, sección 1, que estas condiciones generales deben contener materias mínimas, dentro de las cuales, las letras b) y c) mencionan respectivamente las siguientes "Cobertura y materia asegurada" y "Exclusiones".

Además, en el número 2, intitulado "condiciones particulares de las pólizas", las define como "todas aquellas estipulaciones que regulan aspectos que por su naturaleza no sean materias de las condiciones generales, y que permitan la singularización de una póliza de seguros determinada". De lo dicho, cabe colegir que las condiciones generales son reglas mínimas inmodificables por las condiciones particulares y que las condiciones particulares no pueden alterar las coberturas incluidas en las condiciones generales, porque las coberturas y las exclusiones son parte esencial de las condiciones generales y las condiciones particulares conceptualmente sólo pueden versar sobre aspectos que por su naturaleza no sean parte de las generales -cuyo no es el caso, pues como se dijo, las exclusiones y las coberturas son parte inherente de las condiciones generales.

Resulta tan claro y manifiesto lo que se viene comentando que en el mismo número 2, la norma general N° 349 expresamente señala que "Las condiciones particulares, sólo pueden modificar el texto de las condiciones generales depositadas en caso de establecerse condiciones más convenientes o favorables



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

Código: YSGGXLVKTVX

para el asegurado o beneficiario, en su caso, suprimiendo exclusiones, restricciones o requisitos especiales de cobertura, sin que con ello modifique sustancialmente el tipo de riesgo o la cobertura. Añade la misma disposición que "No se podrán agregar exclusiones", que es precisamente lo que las condiciones particulares hacen al limitar a sólo 6 patologías la cobertura más amplia contenida en las condiciones generales.

3.- Que, aun obviando lo anterior, en el evento de estimarse que existen dos interpretaciones plausibles acerca de la recta interpretación del contrato subjudice, forzoso es concluir que igualmente esta Corte tendría que decantarse en favor de la interpretación invocada por la parte demandante, por cuanto es la interpretación que mejor se aviene con la buena fe (artículo 1.546 del Código del ramo) y con la naturaleza del contrato en los términos descritos en el artículo 1.563 del Código Civil y, además, en este caso, no existen discrepancias en doctrina, en orden a considerar al asegurado como un contratante débil en relación a la aseguradora, en razón de lo cual, se sostiene el principio interpretativo de la regla "pro consumatore", una suerte de indubio pro usuario para favorecer a la parte más débil de la relación contractual por la oscuridad de las cláusulas redactadas por la parte más fuerte del contrato (en los términos que prescribe el artículo 1.566 inciso segundo del Código Civil).

El deber de optar, conforme a lo que se viene razonando, por la interpretación más favorable para el asegurado, tiene también fuente legal pues el artículo



542 inciso primero de la Ley 20.667, de 9 de mayo de 2013, intitulada "regula contrato de seguro", que establece que "Las disposiciones que rigen al contrato de seguro son de carácter imperativo, a no ser que en éstas se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario".

**OCTAVO:** Que, aun obviando lo anterior, a mayor abundamiento, cabe adicionar que, en este caso, la demandante se incorporó a un seguro colectivo de la demandada de manera telefónica el día 12 de junio de 2018 y habiéndose escuchado completamente el tenor de la grabación de la llamada, en el curso de la cual doña Lizet Angélica Riquelme Csori decide suscribir el contrato, es posible advertir que la información que se le entrega por la ejecutiva a la asegurada fue presentada de manera que podía inducirla a un error acerca del alcance de la cobertura que se estaba contratando.

En efecto, la conversación parte cuando se le hace presente a la usuaria que, como forma de "agradecer la preferencia que la señora Riquelme había tenido con la compañía de seguros", le querían dar la "buena noticia" consistente en que la compañía complementaba el seguro que la cliente ya tenía contratado "sin afectar su presupuesto mensual". Acto seguido, (a partir del segundo 40 de la grabación), se le informa la cobertura que tendrá esta ampliación y se le dice textualmente que la compañía iba a "ampliar su cobertura con enfermedades y cirugías graves", luego de lo cual, la ejecutiva de la compañía cambia de tema y le dice cuál es el monto





asegurado (1.000 UF), explicándole a cuánto equivalía eso en dinero y entregándole detalles de la forma en que se haría efectivo el pago si se produjere un siniestro, información con la cual, perfectamente y de buena fe, la asegurada pudo haberse representado que la cobertura del seguro que estaba contratando era la que le dijeron, "enfermedades y cirugías graves", sin exclusiones.

Lo que torna confusa y farragosa la información entregada a la usuaria es que luego de explicar la forma en que se pagaría el capital asegurado, la ejecutiva, sin ninguna otra explicación, nuevamente cambia de tema y le dice a la demandante que eso se pagaría cuando se le diagnosticaran alguna de las 6 enfermedades contenidas en la condiciones particulares, lo que parece una forma confusa de presentar la información, porque perfectamente la señora Riquelme pudo haber pensado, con la rapidez con que se le daba la información que estas seis patologías eran ejemplos de casos de enfermedades o cirugías graves en que operaría el seguro, sin que en momento alguno se aclarara el punto informándole a la cliente que sólo se le estaba ofreciendo cobertura respecto a esas seis enfermedades.

Además, la información que se le dio también en otros aspectos era confusa porque daba a entender que el concedido era una suerte de prestación gratuita otorgada en reconocimiento a la fidelidad de la asegurada con la empresa, por lo cual, como se le dijo, lo contratado "no afectaba el presupuesto mensual" de la cliente, en circunstancias que en otro pasaje de la grabación y también cuando interviene la supervisora de la ejecutiva, se le menciona a la cliente que esta



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

Código: YSGGXLVKTVX

ampliación de cobertura no era una concesión graciosa, sino que traía asociada un costo adicional expresado en UF, que se cargaría en la tarjeta de crédito de la contratante.

De esta manera, siendo deber de la compañía entregar información clara y detallada a los potenciales contratantes acerca de las condiciones contractuales que estaban proponiendo y habiendo dado informaciones contradictorias, poco claras y que podían verosímilmente llevar a equívocos a la usuaria acerca de la cobertura pactada, de conformidad al principio pro consumatore, corresponde sancionar a la empresa que incurrió en este yerro, acogiendo en caso de duda la interpretación del contrato que más favorece a la cliente, que era la parte que ninguna responsabilidad había tenido en la forma incompleta y poco clara en que se había presentado la información acerca de coberturas y primas de la póliza.

Y visto además lo dispuesto en los artículo 1.560 y siguientes del Código Civil y artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se declara que:

**Se confirma,** sin costas del recurso, la sentencia apelada de tres de diciembre de dos mil veintidós.

Redactada por el Ministro Suplente Christian Carvajal Silva.

Se deja constancia que el abogado integrante señor Marcelo Matus Fuentes, no firma el fallo precedente, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, por encontrarse ausente.

Regístrese y devuélvase.

N°Civil-326-2023.



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

Código: YSGGXLVKTVX



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

Código: YSGGXLVKTVX

Pronunciado por la Tercera Sala de la Corte de Apelaciones de Concepción integrada por Ministro Gonzalo Rojas M. y Ministro Suplente Christian Humberto Carvajal S. Concepcion, quince de febrero de dos mil veinticuatro. Se deja constancia que el abogado integrante señor Marcelo Matus Fuentes, no firma el fallo precedente, no obstante haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, por encontrarse ausente.

En Concepcion, a quince de febrero de dos mil veinticuatro, 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: YSGGXLVKTVX