

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 3º Juzgado Civil de Concepción
CAUSA ROL : C-394-2020
CARATULADO : RIQUELME/METLIFE CHILE SEGUROS DE
VIDA S.A

Concepción, tres de Diciembre de dos mil veintidós

VISTOS:

Con fecha 17 de enero de 2020, comparecen Miguel Rodríguez Albarrán, y Raúl Anselmo Sepúlveda Olivares, abogados, con domicilio para estos efectos en calle Barros Arana 492 oficina 61 Concepción, en representación convencional de doña **Lizet Angélica Riquelme Csori**, psicóloga, domiciliada en calle en Avenida Laguna Grande N° 625, casa 44, Comuna de San Pedro de la Paz, impetrado demanda de cobro de póliza de seguro en contra de **Metlife Chile Seguros de Vida S.A**, empresa del giro de su denominación, representada legalmente por su gerente general don Andrés Fernando Merino Cangas, todos con domicilio en Avenida Chacabuco 1085 local 102, Concepción, solicitando se condene a la demandada al pago de la póliza pactada por un valor 1000 UF, en valor que esta alcance a la fecha del pago; mas reajuste e interés a partir de la fecha en que se hizo exigible, más las costas de la causa.

Fundan su demanda en que consta en los antecedentes que acompaña en el otrosí, que su representada contrató servicios de enfermedades graves y cirugías con la demandada, por lo que es asegurada y beneficiaria, de la póliza 340007773, vigente del 01 de Enero de 2018 (según informe de liquidación), y cuyas condiciones generales se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 2013 0506, que es para todos los efectos, la póliza que obliga a las partes.

Expone que, el asegurado notifica el siniestro a la demandada con fecha 13 septiembre de 2018, mediante carta dirigida a su domicilio, donde se le informan de las condiciones de la póliza y alternativas de inversión de



Foja: 1

los fondos, con fecha 13 de septiembre de 2018, su representada realiza la denuncia del siniestro referido.

Menciona que, el plan proyectado para la cobertura del asegurado era el B, según se expresa en facsímil de propuesta de cobertura ítem selección de cobertura, monto asegurado por un valor de 1000 UF.

Expone en cuanto a los hechos que motivan el denuncia del siniestro, que con fecha 23 de agosto 2018, su representada es diagnosticada de Cáncer en su mama izquierda, por lo anterior, con fecha 06 de septiembre de 2018 se le realiza procedimiento quirúrgico para insertar catéter.

Agrega que, con fecha 13 de septiembre 2018 realiza denuncia del siniestro, y al día siguiente 14 septiembre 2018, inicia tratamiento de quimioterapia coadyudante. El día 30 de octubre de 2018, se le informa mediante correo de parte de la corredora del banco, y se le solicita documento de hospitalización, que en ese momento aún no tenía en su poder. En ese momento la actora se percató que no se está realizando el procedimiento de liquidación de manera adecuada, y así se lo informa a su ejecutivo por correo electrónico.

Precisa que, con fecha 17 de diciembre 2018 la actora realiza nueva consulta telefónica, por correo electrónico respecto del procedimiento de liquidación del seguro. Esto en paralelo a la quimioterapia, sin perjuicio de lo anterior continúa consultando por teléfono, y por correo electrónico. Así las cosas, su representada continúa enviando emails tanto a principios del mes de enero 2019 (04 de enero de 2019), así también en el mes de marzo de 2019.

Indica que, el día 08 de marzo 2019, la actora, termina su tratamiento de quimioterapia, y continúa con efectos propios o correspondientes al tratamiento. A mediados de marzo de 2019, su representada acude personalmente al banco (división de corredores de seguros, con quienes contrató el seguro), para aclarar la situación, y pedir el debido pronunciamiento por parte de liquidador (todo lo anterior en el contexto de una persona diagnosticada de cáncer, y con una quimioterapia



Foja: 1

a su haber, con los efectos en su salud). A fines de marzo 2019, se le envía una resolución de seguro, el que no corresponde al que estaba denunciando.

Expone que, con fecha 24 de abril de 2019, se somete a una cirugía para remover tumores. El procedimiento consiste en mastectomía total de la mama izquierda y vaciamiento parcial de los ganglios axilares izquierdos. Los Primeros días de Mayo de 2019 recibe por correo normal la notificación de rechazo del siniestro por parte del seguro. En este momento, su representada intenta comunicarse con la demandada, pero le indican que no hay nadie que pueda responder sus dudas.

Agrega que, los primeros días de mayo de 2019, realiza denuncia al Sernac Financiero, y es así como el día 16 de mayo de 2019 esta entidad deriva el caso a la Superintendencia de Valores y Seguros. Con fecha 04 de julio de 2019, la actora inició tratamiento de radioterapia, todos los días por tres semanas. Con fecha 09 de julio de 2019, el cónyuge de la actora, se ve en la obligación de solicitar un crédito de consumo para asumir los gastos médicos derivados de la enfermedad sufrida por su cónyuge. Con fecha 07 de agosto 2019, su representada inicia tratamiento con terapia hormonal. Finalmente con fecha 09 agosto de 2019, llega respuesta de la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS), la cual no entrega ninguna opinión al respecto, y sólo transmite la respuesta negativa, y sin fundamento de la aseguradora.

Precisa respecto a las condiciones de la póliza que, primero debe señalar, que este seguro se adquiere mediante modalidad del llamado telefónico, y al revisar el registro de audio, puede verificarse que a la asegurada sólo se informan las condiciones comerciales de contrato, y las condiciones generales de coberturas del seguro. Esta póliza asegura un monto de 1000 UF para enfermedades graves, entre ellas “EL CÁNCER”.

Refiere que, esta enfermedad grave aparece en el anexo v artículo 2º numeral 12º de las condiciones generales de póliza, y que fue informado a la actora telefónicamente, denominado: “seguro para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos”.



Foja: 1

Menciona que, analizado los antecedentes, pólizas, registro de llamado, informe del liquidador, y en especial la respuesta de la Superintendencia de Valores y Seguros al reclamo de la asegurada, de fecha 09 de agosto de 2019, puede apreciarse de manera nítida, que “el conflicto se produce porque la demandada aplica el artículo 7° de las condiciones particulares de póliza, y la demandante aplica el artículo 15° inciso segundo numeral 15° de las condiciones generales de póliza (instrumento que fue depositado en la SVS con el código POL 3 2013 0506.), y que fue el informado a la actora telefónicamente”.

Manifiesta que, esta situación queda patente en la respuesta que Metlife Chile Seguros de Vida S.A, entrega a la SVS con fecha 06 de junio de 2019, párrafo 7 y 8. Sin embargo, en la misma descripción de la cobertura de esta Condición General, señala que: "La presente póliza pagará la suma asegurada si al asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido por primera vez a una intervención quirúrgica, de aquellas cubiertas por esta póliza, según las definiciones, términos y condiciones establecidas en la misma. Enfermedades Graves o intervenciones quirúrgicas cubiertas: La presente póliza cubrirá solo las enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se indican a continuación, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en las Condiciones Particulares.”

Sostiene que, resulta evidente entonces, la ambigüedad e incoherencia entre lo establecido en las Condiciones generales, y las particulares de la póliza, que la discrepancia de contenido, les hace pensar que propicia un fraude legal, pues, por un lado se ofrece una cobertura genérica “CANCER” (POL 3 2013 0506) y luego agrega en la forma establecida en la condiciones particulares de la póliza y agregan el artículo 7, es decir, la aseguradora alteró lo pactado con la asegurada al momento del contrato, introduciendo mayores limitaciones al pago de la póliza y así limitar su responsabilidad.

Menciona respecto a la declaración de salud, que estas declaraciones, tienen por objeto que el asegurado responda ciertas preguntas a la Compañía de Seguros relacionadas con su salud anterior y por supuesto, al



Foja: 1

tiempo de tomar la póliza. De estas declaraciones pueden derivar nuevos exámenes para el asegurado a solicitud del asegurador, también, que se le solicite antecedentes de salud o ficha clínica, según fuere el caso, de los establecimientos de salud en que se le hubiere tratado e inclusive puede ser derivado a profesionales de la misma compañía de seguros (contraloría médica) para chequeos médico de rigor, cuando existiere duda de un eventual síntoma o patología preexistente.

Expone que, el artículo 7 de las Condiciones generales de póliza, señala que en este caso la declaración, contenido y aceptación, fue por modalidad telefónica, y de esta se desprende claramente que este contrato es en parte verbal, y otro en parte escrito, de ninguna de estas dos partes se puede desprender que el Cáncer este excluido, agregando que, esto es lo que hace más desmotivada la resolución de la demandada, pues, por una ambigüedad y abuso de su condición dominante, pues, es quien impone las cláusulas al asegurado, simplemente dice que no paga el siniestro, por no tener cobertura. Seguir este tipo de interpretación conduce a la injusticia y premia la mala fe.

Menciona en cuanto al derecho, que la legislación aplicable son los artículos 512 al 575 del Código de Comercio - artículos 1545, 1546 y 1560 y siguientes del Código Civil. El D.L. 251 artículo 3, circulares de la Superintendencia de Valores y Seguros: N° 181 de 17 de junio de 1982 - N° 258 de 17 de noviembre de 1982 y N° 621 de 2 de junio de 1986 artículo 121 de la ley 17.105 y otras que resulten pertinentes.

Expone que, el artículo 531. Señala en cuanto a Siniestros, Presunción de cobertura y excepciones. “El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador.” El artículo 19 n° 24 eleva a rango de garantía constitucional el derecho de propiedad “en sus más diversas especies y sobre toda clase de bienes corporales e incorporales”. El dinero que se paga por póliza sin duda lo es para los beneficiarios de seguro. En esta categoría, también se reconoce y garantizan los derechos que emanan de los contratos artículos 1545 y siguientes del Código Civil. Así lo establecido de manera uniforme la



Foja: 1

jurisprudencia en todas sus instancias. También, su forma de interpretar los artículos 1560 y siguientes del Código Civil.

Refiere que, en este punto es importante aplicar el 1566 del Código Civil que señala lo siguiente “No pudiendo aplicarse ninguna de las reglas precedentes de interpretación, se interpretaran las cláusulas ambiguas a favor del deudor.

Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”. Precizando que, es claro que las disposiciones de las condiciones generales resultan inconciliables o ambiguas con lo que expresan las condiciones particulares, y quien redacta la póliza es la propia demandada, por la tanto, si el tribunal confirma esta ambigüedad debe sancionar a la demandada interpretando las cláusulas en su contra, y en favor de la actora.

Agrega que, son de vital aplicación las reglas del Código de Comercio en materia de seguros terrestres y especiales para el seguro de vida de los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio. Así por ejemplo 515 señala: “No se admitirá al asegurador prueba alguna en contra del tenor de la póliza que haya emitido luego de la perfección del contrato”. A su vez, señala el artículo 539 que: “El siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede acreditar que ha sido causado por un accidente que no le constituye responsable...”. Es de la lectura del artículo 2º de las Competencia de la justicia ordinaria: El artículo 543 del Código de Comercio modificado por la ley 20.667 de 9 de mayo de 2013 señala respecto de este tipo de Solución de conflictos: “Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta por un árbitro arbitrador, nombrado de común acuerdo por las partes cuando surja la disputa. Si los interesados no



Foja: 1

se pusieren de acuerdo en la persona del árbitro, éste será designado por la justicia ordinaria y, en tal caso, el árbitro tendrá las facultades de arbitrador en cuanto al procedimiento, debiendo dictar sentencia conforme a derecho.

En ningún caso podrá designarse en el contrato de seguro, de antemano, a la persona del árbitro. En las disputas entre el asegurado y el asegurador que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 unidades de fomento, el asegurado podrá optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria”, procediendo a citar doctrina y jurisprudencia respecto a la materia.

Agrega al primer otrosí de su presentación, que entablada demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, en juicio ordinario, en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**, legalmente representada por don Andrés Fernando Merino Cangas, todos con domicilio en Avenida Chacabuco 1085 local 102, Concepción, solicitando se declare que ha lugar a la demanda, declarando que no está obligada al pago de dividendo alguno por haber operado seguro de invalidez 2/3 en su favor y condenando a la demandada a pagarle por concepto de indemnización de perjuicios por daño moral, la suma de \$30.000.000, más reajuste e interés a la fecha de que determine el tribunal y las costas de la causa.

Precisa que, para todos los efectos legales, y con el objeto de evitar repeticiones, se remite a la parte expositiva de la demanda principal.

Menciona en cuanto a los perjuicios de la demandante y situación particular, que como se dijo con fecha 09 de julio de 2019 el cónyuge de la actora se ve en la obligación de solicitar un crédito de consumo para asumir los gastos médicos. Es decir, que la familia de su representada se tuvo que endeudar por una cobertura que debió otorgar la demandada, manifestando que esta situación le ha causado un grave daño material y mayormente psicológico, ya que luego del diagnóstico de la enfermedad no ha podido desarrollar su actividad de psicóloga con la normalidad que solía hacerlo, teniendo que abandonar su carrera y la dirección de sus negocios, ya que ha tenido que someterse a psicólogos y psiquiatras para superar esta angustia



Foja: 1

de saber que en cualquier momento la enfermedad que la aqueja se empeore, y sin tener los ingresos que le permitan vivir como antes del diagnóstico de la enfermedad.

Menciona que su representada en la actualidad tiene 39 años de edad, y no puede trabajar, y padece de algunas enfermedades que unidas al constante acoso que sufre de parte de los acreedores hace que su situación de salud se complique aún más, sumado al dolor de ver como sufre su cónyuge al sentirse responsable de lo sucedido producto de la enfermedad que padece.

Indica que, naturalmente esta situación se debe a un error de la demandada, toda vez que de haber cumplido con el pago del seguro tal cual lo indica la póliza (condiciones generales y particulares), su representada no se hubiera endeudado, con las consecuencias ya conocidas. Por lo anterior, la demandada deberá reparar su error e indemnizar los perjuicios ocasionados a su parte, según solicita.

Precisa que, se dan los supuestos para que se dé lugar a la indemnización de perjuicios solicitada, esto es: a) Existe un acto ilícito imputable a la demandada al no pagar la póliza; b) Que el hecho haya causado perjuicio a la víctima (la demandante) y en el caso sub lite, ha sufrido daño moral, por haberse afectado sus derechos de la personalidad como honor, honra, buen nombre y salud física y mental; C) Existe nexo casual entre ambos.

Refiere en cuanto al derecho que, el artículo 1437 del Código Civil señala: “Las obligaciones nacen...ya a consecuencia de un hecho ha inferido injuria o daño a otra persona, como en los delitos y cuasidelitos...”. En lo referido a la responsabilidad contractual, el artículo 1545 del mismo cuerpo legal reza: “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales.” Se infringe esta norma, pues, en virtud del contrato de seguro válidamente contratado por su representada (modalidad telefónica), y la interpretación ambigua e incoherente de la póliza por parte de la demandada (entre lo establecido en las Condiciones generales, y las



Foja: 1

particulares de la póliza que se ofreció una cobertura genérica “CANCER”, y luego agrega en la forma establecida en la condiciones particulares de la póliza desconociéndola), de este modo la demandada simplemente no cumplió su cometido adecuadamente y la consecuencia necesaria, esto es, no pagar el seguro, luego del siniestro (diagnóstico de cáncer, que dicho sea de paso lo privó de toda fuente de ingreso, y hoy solo subsiste gracias a que su cónyuge le mantiene).

Agrega que, por su parte el artículo 1546 del código citado dice: “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.” Finalmente el artículo 1547 inciso tercero señala “La prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo; la prueba del caso fortuito al que lo alega” y esta norma en relación al artículo 1698 inciso primero ambas del Código Civil que a su vez señala “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o esta”.

Precisa en cuanto al nexo causal, que el incumplimiento de la demandada es necesariamente la causa del daño del demandante, pues, es evidente que de haber actuado diligentemente la demandada, pagando el seguro, no estarían propiciando este juicio y ambas partes estarían felices y contentas, el actor tranquilamente y disfrutando de su cálido hogar junto a su familia y la demandada satisfecha de haber obtenido otra ganancia más y amasarla a su enorme fortuna.

Con fecha 14 de agosto de 2020, se notificó la demanda a don Andrés Fernando Merino Cangas, en representación de la demandada, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

Con fecha 3 de septiembre de 2020, la demandada contestó la demanda solicitando su rechazo, con costas.

Expone como antecedentes previos, que con fecha 12 de junio de 2018, la demandante se incorporó a la póliza colectiva de enfermedades graves N°340007773 contratada por el Banco Itaú para sus clientes, con



Foja: 1

Metlife Chile Seguros de Vida S.A., en adelante también “Metlife”. Al incorporarse a esta póliza, Metlife le envió a la señora Riquelme una carta a la dirección que ella indicó al contratar el seguro, dándole la bienvenida al seguro y adjuntándole al mismo tiempo la póliza colectiva a la que se incorporó incluyendo sus condiciones generales y particulares. Los términos y condiciones del contrato al que se incorporó la demandante fueron pactados por el contratante de la póliza, Banco Itaú con Metlife, por intermedio de Itaú Corredores de Seguros Limitada, con la aseguradora demandada. Por medio de la cláusula XVIII denominada “Importante”, se le indicaba al asegurado que el seguro se contrató de manera telefónica y que en razón de ello le asistía el derecho de retracto pudiendo ejercerlo telefónicamente a los números 600 674 0740 o, marcando desde celulares, al teléfono número 02 640 1410. Este mismo derecho se precisó en el Anexo N°1 de la póliza, relativo especialmente a la información sobre el derecho de retracto. Es decir, la demandante de autos, al ser informada sobre el seguro contratado y sobre el contenido de la póliza, tomó conocimiento que tenía a su disposición la opción de retractarse de la contratación e incorporación al seguro colectivo dentro del plazo de diez días de recibida la póliza, si es que el contenido de la póliza no hubiese estado conforme a lo ofrecido telefónicamente. Esta opción no fue ejercida por la demandante.

Menciona que, con fecha 18 de abril de 2019 la demandante denunció un siniestro a la Compañía, señalando que tenía como enfermedad un cáncer de mama izquierda y consecuentemente reclamaba el pago del monto asegurado indicado en la póliza ascendente a UF 1.000. Inmediatamente, la Compañía asignó a la denuncia del siniestro el número 2077994 y procedió a designar un liquidador de seguros para que efectuase su liquidación. Éstos, luego de revisar toda la documentación acompañada por el asegurado y realizar los estudios correspondientes, concluyeron que el siniestro no tenía amparo bajo la cobertura de la póliza, recomendando a Metlife el rechazo del siniestro.

Refiere en cuanto a la extensión de la cobertura de la póliza, que el seguro contratado por la demandante tiene por objeto pagar una suma determinada y única al asegurado en caso de que, dentro de la vigencia de



Foja: 1

la póliza, al asegurado se le diagnostique por primera vez una enfermedad o sea sometido por primera vez a una intervención quirúrgica por aquellas enfermedades cubiertas por la póliza, las cuales se listaron de manera precisa en las mismas condiciones particulares de la póliza. El monto asegurado a pagar en caso de siniestro indicado en la póliza ascendió a 1.000 unidades de fomento. Las Condiciones Generales que rigen la póliza y sus pactos particulares corresponde al modelo depositado en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2013 0506. En virtud a estas condiciones generales tanto las enfermedades cubiertas como el monto asegurado a pagar por única vez en caso de siniestro, debían indicarse en las Condiciones Particulares de la póliza.

Indica que, las enfermedades amparadas por la cobertura otorgada fueron expresamente indicadas en la oferta del seguro como asimismo se indicaron con precisión en el cuadro de coberturas incluido en las condiciones particulares de la póliza. Las enfermedades precisas cubiertas incluidas en este cuadro de cobertura fueron el Trasplante de órganos mayores, revascularización coronaria (By Pass), neurocirugía, angioplastia por balón, injerto aórtico y cirugía de válvulas cardíacas. La cobertura, por lo tanto, se extendió únicamente a las seis enfermedades antes indicadas especialmente enumeradas y mencionadas en las condiciones particulares. Al respecto las condiciones particulares señalan claramente que “Las enfermedades e intervenciones quirúrgicas cubiertas por esta póliza son las que se detallan a continuación” enumerando las seis enfermedades antes señaladas, y por lo mismo, excluyendo de la cobertura todas las otras enfermedades mencionadas en las Condiciones Generales como posibles de cubrir.

Agrega que, por su parte, las Condiciones Generales expresamente señalan que las enfermedades o cirugías amparadas por el seguro son aquellas cubiertas por la póliza, según las definiciones, términos, condiciones establecidos en ella. En definitiva, del total de enfermedades señaladas en las condiciones particulares solo se cubrirán aquellas indicadas en las condiciones particulares. De este modo, solo las enfermedades que se incluyeron y mencionaron en las Condiciones Particulares de la póliza, del



Foja: 1

total señalado en las Condiciones Generales, son las que cuentan con el amparo del seguro. El cáncer de mama izquierda no está incluido dentro de las enfermedades cubiertas por la póliza.

Sostiene respeto a la contratación telefónica y derecho a retracto, que el día 12 de junio de 2018 la señora Lizet Angélica Riquelme Csori, aceptó expresamente la contratación del seguro de enfermedades graves cuya oferta y aceptación se hizo telefónicamente. Desde que el contrato de seguro es consensual, es que la ley autoriza la contratación por diversos medios y distintas formas en que se puede manifestar el consentimiento, siendo uno de ellos el telefónico. Los artículos 513 letra v) y 538 del Código de Comercio reconocen y contemplan la contratación a distancia del contrato de seguro. Complementando la ley, la circular 2.148 de 8 de abril de 2014, emitida por la Comisión del Mercado Financiero, anteriormente la Superintendencia de Valores y Seguros, reguló expresamente la contratación a distancia, particularmente la contratación telefónica, estableciendo esta modalidad como una válida manera de ofrecer y comprar seguros de todo tipo, como es el seguro de autos.

Menciona que, en razón de ello con fecha 12 de junio de 2018 la demandante aceptó incorporarse al seguro de enfermedades graves sólo respecto de las seis enfermedades antes señaladas. En efecto, la agente de ventas telefónica, expresamente le indicó en la oferta telefónica de seguro que la cobertura se extendía solo a seis enfermedades que le mencionó expresamente indicándole, además, que el capital asegurado único en caso de siniestro ascendía a UF 1.000. En esta oferta no se incluyó dentro de la cobertura la enfermedad de cáncer que denunció la asegurada como siniestro.

Refiere que, no existe ni ha existido, por tanto, ambigüedad e incoherencia alguna como lo indica la demandante. El hecho que en las Condiciones Generales de la póliza se mencionen doce enfermedades en caso alguno debe entenderse que todas ellas forman parte de la cobertura contratada, toda vez que son las propias Condiciones Generales las que permiten cubrir solo alguna de ellas según se indiquen expresamente en las Condiciones Particulares, tal como se hizo en el caso de autos, manteniendo



Foja: 1

con ello, además, plena coherencia con la oferta que telefónicamente se hizo a la demandante.

Indica que, tampoco es correcta la comparación que hace la demandante entre un supuesto artículo 15 de las Condiciones Generales y el artículo 7 de las Condiciones Particulares, toda vez que, en primer lugar, las Condiciones Generales POL 3 2013 0506 no tienen un artículo 15 entre sus cláusulas y, en segundo lugar, porque la cláusula VII de las Condiciones Particulares, no se refiere a las enfermedades cubiertas, sino que a los beneficiarios del seguro. Por último, es la propia demandante quién reconoce cual es la forma como se estructura la póliza quién, al referirse a las disposiciones sobre coberturas de las Condiciones Generales, expresamente destacó que estas Condiciones Generales estipularon que las enfermedades cubiertas por el seguro 340007773 serán únicamente aquellas mencionadas en las condiciones particulares de la póliza. Es por esto que la cobertura no se extiende a aquellas enfermedades excluidas de las Condiciones Particulares. Pues bien, el cáncer que denunció la demandante no se incluyó en el cuadro de cobertura por lo que debe necesariamente entenderse expresamente excluida de la cobertura otorgada por la póliza.

Señala en cuanto a la póliza integrada por las Condiciones Generales y Particulares, que la póliza de seguro incluye y se forma tanto por las Condiciones Generales como las Condiciones Particulares emitidas conforme a las primeras. El artículo 543 del Código de Comercio hace referencia directa al hecho de que las Condiciones Generales y Particulares sean parte integrante de la póliza o contrato de seguro. Esta disposición textualmente señala que “Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado... ..y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares...”.

Menciona que, la Norma de Carácter General N° 349 de 26 de julio de 2017 de la Comisión del Mercado Financiero, define las condiciones generales como “los textos de las pólizas tipo que deben utilizar las entidades aseguradoras en la contratación de los seguros, que contienen las regulaciones y estipulaciones por las que se rige el contrato respectivo” La



Foja: 1

norma agrega que estos textos deben ser depositados en el depósito de modelos de seguro que lleva la Comisión para el Mercado Financiero una vez de lo cual pueden ser usados por cualquier compañía de seguros. Es decir, son los modelos estándares depositados en la Comisión para el Mercado Financiero que constituyen el marco regulatorio general, de uso universal, por el cual se rige una determinada póliza. La misma Norma de Carácter General N° 349 dispone que se entenderá por condiciones particulares “todas aquellas estipulaciones que regulan aspectos que por su naturaleza no sean materia de condiciones generales y que permitan la singularización de una póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades...”. En otras palabras, son aquellas estipulaciones que particularizan el seguro a una persona determinada estableciendo el alcance de la cobertura según lo establecen las condiciones generales, para dicha persona.

Indica que, de este modo, las condiciones generales y particulares son complementarias y se necesitan una a la otra. La sola emisión de las condiciones generales no permite conocer quién es el asegurado y sus particularidades como tampoco permite reconocer por sí sola el alcance de las coberturas especialmente cuando respecto de determinadas materias las condiciones generales se remiten a las estipulaciones de las condiciones particulares, como es el caso de autos.

Arguye que, no existe, por tanto, incongruencia, ambigüedad o incoherencia entre las condiciones generales y particulares de la póliza 340007773, sino que una perfecta correspondencia. Mientras las condiciones generales listan todas las enfermedades posibles de cubrir, las condiciones particulares por expresa remisión de las primeras, señalan cuál de ellas serán efectivamente amparadas por el seguro. En la especie, la enfermedad de cáncer no fue incluida en las condiciones particulares como una enfermedad cubierta siendo excluida expresamente del cuadro de coberturas. Consecuentemente, no existe ni ha existido amparo para la enfermedad de cáncer. En la oferta telefónica nunca se incluyó esa enfermedad y el asegurado demandante así lo entendió y aceptó.



Foja: 1

Refiere respecto al derecho a retracto en la contratación a distancia que, con relación a la contratación a distancia y particularmente a la realizada de manera telefónica, el artículo 538 del Código de Comercio, faculta al asegurado o contratante de la póliza de seguro a retractarse dentro de los diez días siguientes contado desde que reciba la póliza, incluso sin expresión de causa, teniendo derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado. En esta misma dirección la circular N°2.148 de la Comisión para el Mercado Financiero reconoce esta facultad a propósito de la venta telefónica, y permite al asegurado retractarse de la contratación del seguro.

Sostiene que, la propia póliza 340007773 incorporó el Anexo I sobre Información sobre el derecho a retracto incluyendo números telefónicos para ejercer tal facultad además de destacar la posibilidad de hacerlo por escrito directamente en cualquier sucursal de Metlife. Pues bien, recibida la póliza por parte del asegurado demandante, éste no ejerció el derecho no obstante que las condiciones particulares de la póliza claramente y sin ambigüedad alguna, incluyó el cuadro de cobertura para las seis enfermedades antes mencionadas, entre las cuales no figuraba el cáncer.

Indica que, la reclamación de la señora Riquelme es, por tanto, improcedente no solo por carecer de cobertura bajo los términos de la póliza, sino que, además, porque estando en conocimiento del alcance y extensión de la cobertura otorgada por la póliza y de las enfermedades amparadas no ejerció su derecho a retracto alegando lo que supone incongruente y ambiguo. Extrañamente hoy, a través de su demanda, reclama y persigue el pago de una indemnización por una enfermedad que nunca estuvo bajo la cobertura de la póliza y de lo cual la demandante estaba plenamente informada.

Refiere que la póliza materia del presente litigio es de riesgo nominado. Que sea de riesgo nominado quiere decir que solo cubre aquello que está especialmente descrito en la póliza, agregando que el artículo 530 del Código de Comercio dispone que “El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas de ellas. A falta de estipulación, el asegurador



Foja: 1

responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvos los excluidos por la ley.” Esta norma legal distingue entre los seguros de riesgo nominado y los seguros de todo riesgo. Los primeros dirigidos a cubrir solo los riesgos específicamente descritos y mencionados en la póliza mientras que los segundos cubren todos los riesgos posibles de ocurrir que por su naturaleza corresponda. La póliza de autos es de riesgo nominado puesto que cubre específicas enfermedades graves nominadas expresamente en ella. La cobertura en este sentido está dirigida a gatillarse solo cuando alguna de las seis enfermedades incluidas en el cuadro de cobertura sea diagnosticada por primera vez o cuando el asegurado es sometido, por primera vez, a una cirugía causada por alguna de ellas.

Menciona que, el cáncer que denuncia la asegurada demandante y que reclama como siniestro en este juicio, no es de aquellas enfermedades nominativamente indicadas en la póliza, consecuentemente no procede su cobertura, tal como lo concluyó Metlife por recomendación del liquidador oficial de seguros, Segured.

Agrega que, citando el derogado artículo 539 del Código de Comercio, la demandante sostiene que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito pudiendo el asegurador acreditar que ha sido por un accidente que no lo constituye en responsable. De este modo, apoyada en un artículo derogado por la ley 20.667, la demandante intenta trasladar la carga de la prueba del juicio a su parte, sosteniendo que se equivoca la contraria no solo por referirse a una disposición eliminada de la legislación nacional, sino porque no hay entre las partes discusión acerca del evento que reclama como siniestro. En efecto, las partes están de acuerdo que la señora Riquelme padece de un cáncer mamario que afectó la mama izquierda y que tal enfermedad fue denunciada a la aseguradora como siniestro el 18 de abril de 2019, ocho meses después de su ocurrencia. Consecuentemente, no hay nada que acreditar respecto de la causa del siniestro denunciado.

Expone que, la discusión en autos consiste en determinar si el evento denunciado como siniestro es de aquellos cubiertos por las condiciones y términos de la póliza. Para estos efectos el artículo 1.698 del Código Civil dispone que “incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega



Foja: 1

aquellas o ésta". La demandante, por medio de este juicio, intenta establecer que el asegurador está obligado a responder con la indemnización del seguro por una enfermedad que no está dentro de las que forman parte del cuadro de cobertura. Es decir, el demandante pretende que se declare la existencia de una obligación que esta parte niega.

Indica que, siendo esto así, claramente y, sin lugar a dudas, conforme al artículo 1.698 del Código Civil, corresponde al demandante probar que existe de parte del asegurador Metlife la obligación contractual de pagar el monto asegurado por un cáncer, agregando que no recae en Metlife la carga de la prueba sino en el demandante, ya que no es materia del juicio la causa o motivo del siniestro denunciado, sino que la existencia de una obligación de pago frente a la ocurrencia de la enfermedad de cáncer.

Menciona que, demostrando una vez más la falta de fundamentos jurídicos de la demanda, la actora funda su pretensión en las circulares de la ex Superintendencia de Valores y Seguros, actual Comisión para el Mercado Financiero, números 181 de 17 de junio de 1982, 258 de 17 de noviembre de 1982 y 621 de 2 de junio de 1986, además del artículo 121 de la ley 17.105, sosteniendo que ninguna de estas normas citadas constituye fundamento jurídico de la alegación que plantea en su demanda.

Expone que, por la circular 181, de 17 de junio de 1982, se aprobaron las condiciones generales del Beneficio Adicional de Muerte Accidental, materia que ninguna relación tiene con el conflicto materia de autos. Tanto esta circular como las condiciones generales citadas por ella se encuentran sin vigencia desde hace ya largos años. Por la circular 258, de 17 de noviembre de 1982, se aprobó la cláusula adicional de beneficio adicional de gastos médicos que tampoco tiene relación alguna con la materia de autos. Al igual que la circular y condiciones generales anteriores, esta circular 258 y la cláusula a la que se refieren están sin vigencia desde hace muchos años. A través de la circular 621, de 2 de junio de 1986, se aprobó el seguro adicional de muerte accidental, póliza que no se relaciona ni de cerca con el seguro objeto del presente litigio. Del mismo modo anterior, esta circular 621 y el seguro adicional que aprueba han sido derogados y no mantienen vigencia alguna en la actualidad.



Foja: 1

Refiere que, finalmente, como fundamento de su pretensión la contraria se apoya en la ley 17.105, ley de alcoholes, particularmente en el artículo 121. A simple vista se aprecia que dicha ley no dice relación alguna con la materia del juicio. Pero lo más grave es que el artículo 121 en que se apoya la contraria, ha sido derogado por la ley 19.925 del año 2004, misma que prácticamente ha derogado casi la totalidad del artículo de la ley 17.105.

Precisa que, la contraria no solo intenta trasladar la carga de la prueba en un artículo derogado, sino que funda su pretensión en disposiciones derogadas que, además, no tienen ninguna relación con la materia de la presente causa. Esta inconsistencia de la demanda, simplemente y de manera diáfana demuestra que no existe fundamento alguno para demandar en estos autos, puesto que la contraria ha debido recurrir a disposiciones derogadas para intentar que su demandada pueda tener algún respaldo. Lamentablemente, su intentó fracasó porque, además, los fundamentos jurídicos no se refieren a la materia discutida en autos.

Expone que, la jurisprudencia citada no es aplicable al caso materia de autos. En la misma línea anterior, la demandante cita varios fallos que a su juicio sirven para ilustrar al Tribunal cuan equivocada ha sido la posición de Metlife. Sin embargo, ninguno de esos fallos permite ilustrar al Tribunal acerca de una posible resolución de la controversia mantenida entre las partes. En definitiva, la acción de cumplimiento de contrato no tiene fundamento alguno y debe ser rechazada totalmente, con expresa y ejemplar condena en costas.

Refiere respecto al Contrato de adhesión. Validez del consentimiento manifestado, que esta equivocación incurrida por la demandante también proviene del hecho que la actora en el N°1 del acápite VI de la demanda, califica al contrato de adhesión como aquel “hecho a la sola voluntad de la Compañía”. Sobre este último aspecto valga señalar simplemente (i) Que el hecho de que el contrato sea de adhesión no significa que los contratantes no manifiesten válidamente su consentimiento en los términos y condiciones propuestos. El seguro materia de autos no fue impuesto al asegurado. Éste lo aceptó libre, voluntaria y espontáneamente; y (ii) Que el demandante



Foja: 1

tuvo la facultad para retractarse del seguro incluso sin expresión de causa, pero no lo hizo. Si hubiese entendido que existía inconsistencia y ambigüedad entre sus cláusulas no habría seguido con el seguro o habría solicitado su aclaración o modificación. Nada de eso reclamó al asegurador, demostrando con ello su total conformidad con el contenido del seguro.

Indica respecto a la demanda de daño moral, que en el primer otrosí de la demanda, la señora Riquelme solicita el pago de una indemnización por daño moral ascendente a \$ 30.000.000 más intereses y reajustes a la fecha que determine el tribunal. Su acción la funda en dos disposiciones legales: el artículo 1.437 del Código Civil y el artículo 2.314 del mismo Código. Conforme a la primera, la demandante destaca expresamente que las obligaciones nacen ya de consecuencia de un hecho que ha inferido injuria o daño a otra persona, como los delitos y cuasidelitos y aplicando la segunda, funda su acción indemnizatoria derechamente en la comisión de un delito o cuasidelito civil por parte de Metlife. Es decir, la acción de indemnización por daño moral del demandante está basada en una responsabilidad civil extracontractual.

Menciona que, al tratar el nexo causal como requisito de su acción indemnizatoria, el demandante bajo el acápite III del primer otrosí de la demanda, de manera categórica establece que la causa del daño de la demandante es “EL INCUMPLIMIENTO DE LA DEMANDADA” pues, añade, que de haber pagado Metlife el seguro “no estaríamos propiciando este juicio”. Es decir, el daño moral se produce por un incumplimiento contractual, sosteniendo que la inconsistencia de la demanda por daño moral es insalvable.

Manifiesta que, la contraria ejerce una acción indemnizatoria producto de un hecho delictual o cuasi delictual civil, pero funda su acción en el incumplimiento contractual. Esta incongruencia se verifica porque mientras la responsabilidad contractual surge del incumplimiento de deberes consentidos por las partes y cuyas consecuencias son previstas de antemano en el contrato que las vincula, la responsabilidad extracontractual, nace y vincula a las partes precisamente a consecuencia de la ocurrencia de un hecho cuyos efectos determina, ya no las partes como ocurre en el contrato,



Foja: 1

sino que la ley. Esta sola inconsistencia es suficiente razón para desestimar esta acción y desecharla completamente con costas. Es imposible bajo este escenario en que se plantea la demanda, que se pueda guardar armonía entre el nexo causal determinado por el demandante -incumplimiento contractual -, requisito necesario de la responsabilidad indemnizatoria, y la acción intentada, de responsabilidad extracontractual.

Agrega que, sin perjuicio de lo anterior, la demanda de indemnización de perjuicios morales es improcedente por cuanto no concurre elemento alguno que haya dado nacimiento a perjuicios de naturaleza moral. En efecto, en primer lugar, el seguro de autos no tiene por objeto el financiamiento de prestaciones de salud ni del tratamiento de una enfermedad grave, como sí lo contemplan otras pólizas del mercado. Este seguro paga al asegurado una suma única en caso de diagnosticarse por primera vez una enfermedad cubierta o una cirugía por tales enfermedades. El monto asegurado, no suprime el pago de las coberturas contempladas en FONASA o ISAPRES, y es compatible con otros seguros que cubran o reembolsen el costo de un tratamiento o prestaciones médicas, o presten servicios médicos. Simplemente, este seguro paga el monto determinado en la póliza, para que el asegurado lo destine a los fines que libremente escoja, siendo uno de ellos, aunque no necesariamente, el financiamiento de una enfermedad. En definitiva, la cobertura de esta póliza no resarce el costo real incurrido a causa de una enfermedad. Consecuentemente, entre el pago por el seguro y costo del tratamiento y su financiamiento no existe una relación que ponga en riesgo la salud del asegurado demandante. Las dificultades para seguir o no un tratamiento en este caso, tendrán por causa razones distintas al seguro de autos toda vez que no ha sido contratado para financiar la enfermedad.

Menciona en segundo lugar, que la deuda que la demandante aduce le ha causado un fuerte daño moral, no fue tomada por ella, sino que por su marido. Así lo expone en el N°1 de acápite I del primer otrosí de su demanda. De este modo, no es creíble que se haya visto afectada por el acoso de acreedores, a menos que se trate de otras deudas asumidas por motivos distintos a la enfermedad y su tratamiento y que la contraria no



Foja: 1

haya expuesto en su demanda. De ser así, el seguro no está destinado a cubrir deudas del asegurado.

Refiere en tercer lugar, que no procede el daño moral reclamado, por cuanto la demandante se ha limitado a señalar que el incumplimiento del contrato le ha afectado su honor, honra y buen nombre sin señalar en parte alguna como tales atributos de la personalidad se vieron afectados con los actos de Metlife, actos que la demandante tampoco explica al tratarse de una acción indemnizatoria extracontractual.

Agrega en cuarto lugar, que la indemnización por daño moral es improcedente por cuanto la suma demandada de \$ 30.000.000 es desproporcionada y no tiene respaldo alguno en que fundarse. La suma demandada y su relación con el daño sufrido deberá ser acreditada por la demandante. Finalmente, en quinto lugar, la indemnización por daño moral es improcedente por cuanto no existe relación de causalidad alguna, sea que se argumente desde la perspectiva contractual o extracontractual, toda vez que Metlife ha cumplido con sus obligaciones contractuales, legales y reglamentarias tanto al ofrecer y contratar el seguro como al pronunciarse respecto de la recomendación de rechazo formulada por el liquidador.

Indica que, consecuentemente, la demanda de autos es del todo improcedente pues carece de fundamento legal y contractual ni tiene base conforme a los términos de la póliza y, porque además, no concurren ninguno de los presupuestos de procedencia de la cobertura contratada.

Con fecha 14 de septiembre de 2020, la demandante evacuó la réplica reiterando los fundamentos de hecho y de derecho expuestos en su demanda.

Con fecha 23 de septiembre de 2020, la demandada evacuó la réplica reiterando sus defensas opuestas en su contestación

Con fecha 30 de octubre y 04 de noviembre de 2020, se llevó a efecto continuación de audiencia de conciliación con la asistencia del abogado de la parte demandante y del abogado de la parte demandada a través de la plataforma de videoconferencia zoom.



Foja: 1

Llamadas las partes a conciliación esta no se produce.

Con fecha 10 de noviembre de 2020, se recibió la causa a prueba.

Con fecha 7 de julio de 2022, se citó a las partes para oír sentencia.

Con fecha 14 de septiembre de 2022, se decretó medida para mejor resolver la que se tuvo por no cumplida con fecha 13 de octubre de 2022, entrando los autos para fallo.

CONSIDERANDO:

1º.- Que, acorde a lo consignado en lo expositivo precedente la demandante impetra demanda de cobro de póliza de seguro con indemnización de perjuicios, fundada en el incumplimiento de la Póliza 3 2013 0506 por parte de la demandada al no darle cobertura a la enfermedad que padeció, lo que además le habría generado el daño moral relatado en lo expositivo de este fallo.

2º.- Que, la demandada contestó la demanda solicitando su rechazo, con costas, fundada en que conforme a las condiciones particulares de la póliza, cubriría sólo seis enfermedades, las cual no comprenderían el cáncer que padeció la demandante, por lo que no están obligados a otorgarle cobertura alguna.

3º.- Que, la demandante para acreditar los fundamentos de su pretensión acompañó la siguiente prueba:

Documental:

- a) Copia Póliza o contrato de seguro número POL 3 2013 0506, a folio 1.
- b) Condiciones particulares de la póliza N°340010934, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero con el código POL 3 2013 0506; así como las condiciones particulares de la póliza n° 340007773, a folio 76.
- c) Póliza N°4983606, de Chilena Consolidada, de vigencia del 6 de junio de 2019 hasta el 6 de junio de 2022, a folio 76.



Foja: 1

- d) Carta respuesta de la Comisión para el Mercado Financiero, a folio 76.
- e) Certificado de coberturas Póliza POL 3 2013 0506, a folio 76.
- f) Correo electrónico que se le da la bienvenida a doña Lizeth Riquelme Csori al seguro contratado, a folio 76.
- g) Correo electrónico que da cuenta del envío del seguro a doña Lizeth Riquelme Csori, a folio 76.
- h) Documento de Seguro para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos, incorporado al depósito de pólizas bajo el código POL320130506, a folio 76.
- i) Informe de liquidación de siniestro N°TPA/04-2019/880694. Siniestro N°2077994, a folio 76.
- j) Respuesta de 06 de agosto de 2019 a oficio N°23530 por parte de Met Life Chile Seguros de Vida S.A, a folio 76.
- k) Respuesta de 06 de junio de 2019 a respuesta a oficio N°16333 por parte de Met Life Chile Seguros de Vida S.A, a folio 76.

Percepción documental:

A folio 83, consistente en un archivo de audio que fue acompañado por la demandante en custodia N°1114-2022 mediante un dispositivo de almacenamiento de datos, pendrive, realizándose transcripción de los segmentos solicitados por la parte demandante.

4°.-Que, por su parte la demandada acompañó la siguiente prueba documental:

- a) Condiciones Particulares y Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 3 2013 0506, ambas de la póliza N° 340007773, a folio 71.



Foja: 1

- b) Informe de liquidación N°TPA/04-2019/880694 respecto del siniestro N°2077994, a folio 72.

5°.- Que, con lo expresado por las partes en sus escritos fundamentales, corroborado con la prueba documental allegada a la causa, no objetada en contrario y legalmente valorada, se puede tener por acreditados los siguientes hechos:

A.-Que, con fecha 12 de junio de 2018, por vía telefónica, doña Lizet Angélica Riquelme Csori, celebró con MetLife Chile Seguros de Vida S.A., un contrato de seguro, consistente en la Póliza N° 340007773, suscribiendo un seguro individual para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos “enfermedades y cirugías graves”, Plan 11 UF 1000, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 3 2013 0506.

B.- Que, con fecha 20 de agosto 2018, la demandante es diagnosticada de Cáncer en su mama izquierda, por lo anterior, efectúa el denuncia del siniestro registrado bajo el N° 2077994, por la Compañía aseguradora.

C.- Que, el Informe de Liquidación de Siniestro N°TPA/04-2019/880694, concluye que no procede el pago de la indemnización reclamada debido a que la patología que motivó la denuncia del siniestro no se encuentra cubierta por la póliza contratada.

6°.- Que, según las normas que informan el seguro, las obligaciones que asume el asegurador frente al contrayente están, entre otras, pagar la indemnización que proceda, en caso de siniestro. Sin embargo, para que al asegurador le asista la obligación de indemnizar el siniestro, deben concurrir principalmente las siguientes condiciones: a) la existencia de un contrato de seguro y que éste sea válido; b) el cumplimiento de parte del contrayente de todas las obligaciones y cargas que le impone el contrato de seguro y la ley; c) que ocurra un siniestro por alguno de los riesgos previstos y cubiertos en la póliza; y d) que no sea aplicable una causal de exclusión convenida; y e) que el siniestro ocurra durante la vigencia del contrato.



Foja: 1

En general, la prueba de los requisitos para que proceda la indemnización corresponde al asegurado, de acuerdo a lo que dispone el artículo 524 N°8 del Código de Comercio, sin perjuicio de que diversos aspectos, tales como la justificación de la existencia del contrato y su vigencia, que se realiza normalmente mediante la mera constatación en la póliza respectiva, la que es autosuficiente al respecto (*Contreras Strauch, Osvaldo: "Derecho de seguros". Edit. Thomson Reuters, Santiago, 2014, p. 335 y Código de Comercio, Doctrina y Jurisprudencia. Director Joaquín Morales Godoy. Edit. Thomson Reuters, Santiago, 2010, p. 291*).

7°.- Que, en cuanto a la existencia de un contrato de seguro válido y que el siniestro ocurra durante la vigencia del contrato, cabe señalar que las partes coinciden en sus escritos fundamentales en el hecho de haber celebrado el 12 de junio de 2018, un contrato de seguro individual para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos "enfermedades y cirugías graves", Plan 11 UF 1000, Póliza N° 340007773, el que se renovarían automáticamente, siendo diagnosticada la demandada con cáncer mama izquierda con fecha 20 de agosto de 2018.

De este modo, procede tener por concurrente en la especie el primer y quinto supuesto de la acción se analiza.

8°.- Que, en cuanto al segundo de los presupuestos, vale decir, el cumplimiento de parte del contrayente de todas las obligaciones y cargas que le impone el contrato de seguro y la ley, de acuerdo a las normas que informan el seguro, cabe señalar que luego de producido el siniestro la demandante informó debidamente a la Compañía aseguradora el siniestro, el que fue registrado bajo el N° 2077994, hecho que no ha sido controvertido por las partes.

9°.- Que, ahora, en lo que toca a la condición de que el siniestro se encuentre amparado por la cobertura de la póliza, de la prueba documental agregada por la demandante a folio 76, consistente en las Condiciones Particulares Póliza N° 340007773, se advierte que en el PUNTO IV, relativo a cobertura y capital asegurado, así como en la letra b) Descripción de las Coberturas, se señaló expresamente que: Las enfermedades e intervenciones quirúrgicas cubiertas por esta póliza son las que se detallan a continuación: Trasplante de órganos mayores, Revascularización Coronaria



Foja: 1

(By Pass), Neurocirugía, Angioplastia por Balón, Injerto Aórtico, Cirugía de Válvulas Cardíacas”

Por su parte, en el punto XI.-EXCLUSIONES, se señala lo siguiente: “Además de las exclusiones contenidas en las definiciones y descripción de las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas señaladas en el punto IV de este Condicionado Particular, no estarán cubiertas por la póliza las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- a. SIDA o presencia del virus VIH;
- b. Leucemia linfocítica crónica;
- c. Suicidio, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones auto infringidas, ya sea en estado de cordura o demencia;
- d. Riñas o alborotos populares en los que hubiere intervenido el asegurado;
- e. Riesgos nucleares;
- f. Padecimientos congénitos;
- g. Trasplantes que sean procedimientos de investigación;
- h. Intoxicación o encontrarse el asegurado bajo los efectos de cualquier narcótico o droga a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- i. La conducción de cualquier vehículo por parte del asegurado, encontrándose éste en estado de ebriedad, conforme a los límites establecidos en la normativa vigente a la fecha del siniestro. Dicha circunstancia se acreditará mediante la documentación expedida por los organismos correspondientes.
- j. Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura o en las condiciones particulares de la póliza, según corresponda, se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento



Foja: 1

a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza”.

Por su parte, en el punto XVI.- CONDICIONES GENERALES, se dispuso que “La presente póliza se encuentra regulada por las condiciones generales que se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión del Mercado Financiero bajo el código POL 3 2013 0506 y por las presentes condiciones particulares”.

Asimismo en las Condiciones Particulares Póliza N° 340007773 (Página 20), Seguro para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos, se señaló expresamente que respecto a las Enfermedades graves o intervenciones quirúrgicas cubiertas, que “ la presente póliza cubrirá solo las enfermedades e intervenciones quirúrgicas que se indican a continuación, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en las Condiciones Particulares de la presente póliza: “12. Cáncer: La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítico crónica) los linfomas y la enfermedad de Hodgkin; caracterizados por el crecimiento incontrolado, la diseminación de células malignas y la invasión y destrucción de tejidos normales. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo. Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza: a. Tumores que presenten los cambios malignos característicos de carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos considerados por histología como pre malignos; b. Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3; c. Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel; d. Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos; Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA; e. Cánceres de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer (incluyendo T1 (a) o T1 (b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor)”.



Foja: 1

Conforme a lo expuesto, y a las condiciones de la póliza suscrita por la partes, se advierte que el Cáncer es una de las patologías que se encuentra cubierta por la Póliza N° 340007773, sin que el cáncer de mama izquierda que padeció la demandante, se encuentre excluido expresamente de cobertura,

Ya sea en el artículo cobertura (punto 12), ni en el XI.-EXCLUSIONES; ni en el punto IV, estos últimos de las condiciones particulares de la póliza en estudio, como lo alega la demandada.

Por su parte, del documento agregado a folio 76, bajo el epígrafe, Seguro para enfermedades graves para oferta por medio de sistemas de telefonía u otros análogos, incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código POL320130506, se dispone en su artículo 1°: Reglas aplicables al contrato, que “Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario, reiterando en su artículo 2°: Cobertura, el Cáncer como enfermedad que se encuentra amparada por la Póliza.

En este contexto, las exigencias de buena fe en la interpretación de los actos jurídicos privados, referidas en el artículo 1.546 del Código Civil, llevan a entender sin lugar a dudas que la enfermedad que padeció la demandante se encuentra sujeta a cobertura.

11°.- Que, de este modo, al estar establecidas las condiciones que hacen procedente la obligación de la demandada de pagar a la demandante la póliza pactada, por un valor de 1.000 Unidades de Fomento, se dará lugar a la demanda en este punto.

12°.-Que, en cuanto a la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, deducida al primer otrosí de folio 1, esta habrá de ser desestimada sin mayores dilaciones, toda vez que la demandante ninguna prueba allegó al proceso—tal como le correspondía— a fin de comprobar su existencia, especie y monto.



Foja: 1

No se debe olvidar que el daño requiere ser cierto para que pueda ser indemnizable, vale decir, real y efectivo no sólo en cuanto a su acaecimiento, sino también en cuanto al monto a que ascendió, cuestión que no se presenta en el caso sub-lite donde no se han proporcionado al tribunal antecedentes más o menos ciertos que permitan determinar el monto exacto.

13º.- Que, la restante prueba anotada en los motivos tercero y cuarto, en lo no considerado, en nada altera lo que se viene razonando, y solo se menciona para los efectos procesales pertinentes.

Por estas consideraciones y de conformidad, además, con lo previsto en los artículos 1.437, 1.438, 1.445, 1.545, 1.546, 1.547, 1.560 y siguientes, 1.698, 1.702 y 1.706 del Código Civil; 144, 160, 170, 341, 346 y demás normas pertinentes del Código de Procedimiento Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; se declara:

I.-Que, SE ACOGE, la demanda deducida en lo principal de la presentación de folio 1, y en consecuencia se condena a la demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A, a pagar a la demandante la suma de 1.000 Unidades de Fomento, con intereses para operaciones reajustables a contar de la fecha de notificación de la demanda.

II.-Que, SE RECHAZA, en todas sus partes, la demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual deducida por la demandante al primer otrosí de folio 1.

III.-Que, no se condena en costas a la demandada por no haber sido totalmente vencida.

Regístrese y archívese en su oportunidad.

Dictada por doña **Paula Carolina Fredes Monsalve,** juez subrogante.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Concepción, tres de Diciembre de dos mil veintidós**



C-394-2020

Foja: 1



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

Código: STMKXCXXPP