

«RIT»

Foja: 1

FOJA: 65 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 26° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-28869-2019
CARATULADO : FLORES/SEGUROS DE VIDA SURA S.A.

Santiago, veintiocho de Noviembre de dos mil veintidós

VISTOS:

Comparece don Rodrigo Sapag Álvarez, abogado, domiciliado en Avenida Nueva Tajamar N° 481, oficina 804, Torre Sur, comuna de Las Condes, en representación convencional de don **ALEJANDRO AMADOR FLORES MARTÍNEZ**, empleado, domiciliado en calle Canal Trinidad Oriente N° 122, ciudad satélite de Maipú, comuna de Maipú, quien deduce demanda en juicio ordinario de cumplimiento forzado de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de **SEGUROS DE VIDA SURA S.A.**, empresa del giro de su denominación, representada por su gerente general doña María Marta De Aguirre, ignora profesión, ambos domiciliados en Avenida Apoquindo N° 4820, Piso 18, comuna de Las Condes.

Funda su acción en que su representado es beneficiario en la póliza número 101-5434, emitida por Seguros de Vida Sura S.A. y contratada por su entonces empleadora AFP Capital y es también beneficiario en la póliza número 101-3827, también emitida por Seguros de Vida Sura S.A pero contratada por Sura Servicios Profesionales S.A., ambas empresas, contratantes de los respectivos seguros, son empresas relacionadas con la compañía de seguros "Seguros de Vida Sura S.A".

Señala que el 23 de agosto de 2018 su representado fue diagnosticado con el mal de Parkinson, motivo por el cual después de decretada la invalidez permanente, presentó, con fecha 17 de enero de 2019 una solicitud de indemnización a Sura con cargo a la cobertura de invalidez permanente de ambas pólizas indicadas previamente.

Refiere que las pólizas de seguro número 101-5434, contratada por su entonces empleadora AFP Capital y póliza número 101-3827, contratada por Sura Servicios Profesionales S.A. tienen vigencia, 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018, es decir, se contrataron antes del diagnóstico de Parkinson de manera que su representado desconocía la enfermedad cuando su empleador contrató las pólizas.

«RIT»

Foja: 1

Agrega que la compañía abrió expediente para dos siniestros, siniestro N°487492 correspondiente a la póliza 101-3827 y siniestro N°487493 correspondiente a la póliza 101-5434. Sin embargo, Sura rechazó el pago de las indemnizaciones argumentando que su representado sabía de la existencia de esta enfermedad antes de que su empleador contratara las pólizas. Al denegar el pago de las indemnizaciones pactadas contractualmente, Sura incumplió el contrato de seguro.

Expone que Seguros de Vida Sura S.A. es una compañía de seguros de vida que forma parte de Sura Asset Management Chile S.A., filial de Grupo Colombiano Sura, y cuenta con presencia en nueve países de la región. En Chile opera en el mercado de fondos mutuos, seguros de vida, acciones y en la industria previsional, a través de AFP Capital de la cual es propietaria. En total, la Compañía cuenta con 46.9 mil millones de dólares en activos administrados, de aproximadamente 1.8 millones de clientes. Sura ha ingresado además al negocio de los seguros generales a través de la compra de la Compañía de Seguros RSA a nivel latinoamericano.

Afirma que para este caso en particular, Sura tiene una múltiple participación, pues curiosamente reúne al mismo tiempo la calidad de vendedor del seguro, asegurador de su representado, empleador de su representado, contratante de los seguros de su representado y liquidador de los siniestros de su representado. De manera que la misma Sura vendió los seguros, cobró la prima y luego rechazó el siniestro.

Añade que según indica Sura en su sitio web en conjunto sus empresas tienen en Chile 2.355 empleados, todos los cuales entiende tienen acceso a este seguro que le es vendido a sus propios empleados por el Grupo Sura, esto equivale a decir que Sura tiene en estos seguros a 2.355 empleados/clientes cautivos a los cuales les cobra prima.

Indica que dicha posición dominante de Sura en la relación contractual no es irrelevante, ya que Sura ha rechazado el pago de una indemnización en dos pólizas que están bajo esta situación contractual, aduciendo que su representado, al momento de contratar el seguro, conocía la enfermedad de Parkinson que lo aquejaba, no obstante que el seguro no fue contratado por su representado, sino por la misma Sura; Sura Servicios Profesionales S.A en un caso y AFP Capital, en el otro caso, que son lo mismo que Sura para estos efectos. Dicho de otra manera, Sura, como grupo empresarial, a través de sus empresas, independientes jurídicamente una de la otra, pero parte del mismo grupo empresarial, contrató los seguros con ella misma y ella misma rechazó el siniestro.

«RIT»

Foja: 1

En efecto, se entiende como grupo empresarial al conjunto de una o más sociedades independientes jurídicamente entre sí, pero que se encuentran bajo un control o subordinación ejercido por una matriz o controlador y sometidas a una dirección unitaria que determina los lineamientos de cada una de ellas generalmente en cumplimiento de una política de negocios preestablecida.

Expresa que Sura tenía la obligación de asesorar al asegurado respecto de la póliza que ella misma le estaba vendiendo, sin embargo, la misma compañía también liquidó el siniestro y rechazó los pagos sin haber entregado jamás dicha asesoría.

En cuanto al derecho, cita lo dispuesto en los artículos 1545, 1546 y 1698 del Código Civil; 512, 513, 515, 519, 529, 530, 531 y 543 del Código de Comercio; y jurisprudencia, afirmando que la preexistencia del mal de Parkinson no ha sido probada por Sura, y que la carga de la prueba recae en la aseguradora.

Respecto a la responsabilidad contractual, señala que en el caso se configuran los elementos de la misma. En primer lugar la obligación contractual de la demandada a indemnizar, lo que no ocurrió, encontrándose expresamente cubierta la invalidez, lo que causó un daño, cuya causa fue la negativa de la aseguradora a cubrir el siniestro.

En relación a las pólizas, expresa que la póliza número 101-5434 fue emitida por Seguros de Vida Sura S.A. y contratada por AFP Capital, empleadora de su representado, tiene una vigencia que abarca desde el 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018; se trata de una póliza de seguro de vida que cubre además Invalidez y otras coberturas adicionales. Según se indica en la Carátula de la Póliza o Certificado de Cobertura; se rige de acuerdo a lo establecido en la póliza de seguro Colectivo de Vida Incorporada al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL220131675 que por cierto, jamás fue entregada a su representado.

Dicha póliza tiene una cobertura de UF 500 en caso de muerte, Invalidez o Invalidez Accidental. El asegurado y beneficiario es don Alejandro Flores Martínez; demandante en esta causa. A continuación, la primera página del certificado de Cobertura entregado a su representado para la póliza 101-5434:



**CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE COBERTURA**

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA POL 220131675	PÓLIZA N° 5434
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO) AFP Capital S.A.	RUT 98.000.000-1
ASEGURADO ALEJANDRO AMADOR FLORES MARTINEZ	RUT 12.451.024-4

(*) CARGAS INFORMADAS POR EL ASEGURADO Y PREEXISTENCIAS DECLARADAS SE DETALLAN EN ANEXO N° 1.

TIPO DE PÓLIZA

- Póliza sin cuenta única de inversión
 Póliza con cuenta única de inversión
 Póliza con ahorro previsional voluntario (APV)

PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
<input type="checkbox"/> Individual	18/07/2017 Inicio	<input type="checkbox"/> Si
<input checked="" type="checkbox"/> Colectiva	31/12/2018 Término	<input checked="" type="checkbox"/> No

PRIMA Monto

1.590000

MONEDA	PERIODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input checked="" type="checkbox"/> UF	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Fija	Monto
<input type="checkbox"/> Peso	<input checked="" type="checkbox"/> Mensual	<input checked="" type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	No hay comisión <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otro		

COBERTURAS	MONTO/MONEDA	ART. CG	ART. CP
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte	500.00 UF	No Aplica	N°8
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez	500.00 UF	No Aplica	N°8
<input type="checkbox"/> Sobrevivencia			
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental	500.00 UF	No Aplica	N°8

Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares.

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Beneficiarios designados por ley
 Otros beneficiarios

ART. CG	ART. CP
N°13	N°7

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
 No

ART. CG	ART. CP

PERIODO DE CARENCIA

2

ART. CG	ART. CP
No Aplica	No Aplica

EXCLUSIONES

- Si
 No


ART. CG	ART. CP
N°6	No Aplica

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

<input checked="" type="checkbox"/> e-mail al correo electrónico	ALEJOFLORES@GMAIL.COM
<input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección	No informado
<input checked="" type="checkbox"/> Otro	0

Añade que como se aprecia en la esquina superior izquierda, señalado con una flecha, se indica lo siguiente: Código SVS de la Póliza: POL 220131 675. Ello quiere decir que los términos del seguro son aquellos establecidos en un condicionado general depositado en la SVS (hoy CMF) con ese número de Código. Más abajo se indica que cubre Invalidez y el monto cubierto de UF 500:



COBERTURAS	MONTO/MONEDA	
■ Muerte	500.00	UF
■ Invalidez	500.00	UF
□ Sobrevivencia		
■ Muerte Accidental	500.00	UF

Afirma que en ninguna parte del certificado de cobertura se indica que se aplica a este seguro las exclusiones de la letra c) del Artículo Tercero de la cláusula adicional CAD 220131678. Denominada cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, que establece lo siguiente:

“Exclusiones de cobertura:

c) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.”

Expresa que el CAD 220131678 fue el que se utilizó para fundamentar el rechazo del pago a su representado, no obstante, su relevancia, Sura jamás mencionó su existencia al asegurado. Simplemente le entregó un certificado de cobertura que indica que la invalidez tiene cobertura.

En cuanto a la póliza número 101-3827, indica que también fue emitida por Seguros de Vida Sura S.A. pero contratada por Sura Servicios Profesionales S.A.; tiene una vigencia idéntica a la anterior, que abarca desde el 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018; se trata también de una póliza de seguro de vida que cubre además Invalidez y otras coberturas adicionales. Según se indica en la Carátula de la Póliza, se rige igual que la anterior, de acuerdo a lo establecido en la póliza de seguro Colectivo de Vida Incorporada al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código POL220131675.

Dicha póliza tiene una cobertura de UF 2.000 en caso de muerte, Invalidez o Invalidez Accidental. El asegurado y beneficiario también es don Alejandro Flores Martínez. Tal y como ocurre con la póliza anterior, en la imagen de más adelante se aprecia en la esquina superior izquierda, señalado con una flecha, que también rige el POL 220131 675. Tampoco aquí, en ninguna parte del certificado de cobertura se indica que se aplica a este seguro las exclusiones de la letra c) del Artículo Tercero de la cláusula adicional CAD 220131678. Denominada cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios.

De tal manera que el asegurado no tenía conocimiento de la aplicación de tal cláusula ni de sus exclusiones, solo se le indicó que la invalidez tenía

«RIT»

Foja: 1

cobertura. En el caso de esa póliza el monto asegurado asciende a UF 2.000.- como se muestra en el cuadro siguiente:

COBERTURAS	MONTO/MONEDA	
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte	2,000.00	UF
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez	2,000.00	UF
<input type="checkbox"/> Supervivencia		
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental	2,000.00	UF

Expone que en la primera página del certificado de Cobertura de la Póliza 3827, no existe alusión alguna a la CAD utilizada por Sura para rechazar el siniestro.



**CARÁTULA UNIFORME PARA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE COBERTURA**

CÓDIGO SVS DE LA PÓLIZA POL 220131675	PÓLIZA N° 3827
CONTRATANTE (SI ES DISTINTO DEL ASEGURADO) SURA SERVICIOS PROFESIONALES S.A.	RUT 96.995.020-0
ASEGURADO ALEJANDRO AMADOR FLORES MARTINEZ	RUT 12.451.024-4

(*) CARGAS INFORMADAS POR EL ASEGURADO Y PREEXISTENCIAS DECLARADAS SE DETALLAN EN ANEXO N° 1.

TIPO DE PÓLIZA

- Póliza sin cuenta única de inversión
 Póliza con cuenta única de inversión
 Póliza con ahorro previsional voluntario (APV)

PÓLIZA	VIGENCIA	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA
<input type="checkbox"/> Individual	18/07/2017 Inicio	<input checked="" type="checkbox"/> Si
<input checked="" type="checkbox"/> Colectiva	31/12/2018 Término	<input type="checkbox"/> No

PRIMA Monto

4.512000

MONEDA	PERIODO DE PAGO	CONDICIONES	COMISIÓN TOTAL CORREDOR
<input checked="" type="checkbox"/> UF	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Fija	Monto
<input type="checkbox"/> Peso	<input checked="" type="checkbox"/> Mensual	<input checked="" type="checkbox"/> Ajustable Según Contrato	No hay comisión <input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otro		

COBERTURAS	MONTO/MONEDA	ART. CG	ART. CP
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte	2,000.00 UF	N°2	N°8
<input checked="" type="checkbox"/> Invalidez	2,000.00 UF	No Aplica	No Aplica
<input type="checkbox"/> Sobrevivencia			
<input checked="" type="checkbox"/> Muerte Accidental	2,000.00 UF	N°1	N°8
<input checked="" type="checkbox"/> Esta póliza contiene otras coberturas adicionales, cuyo detalle debe ser consultado en las condiciones particulares.			

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Beneficiarios designados por ley
 Otros beneficiarios

ART. CG	ART. CP
N°13	N°7

CONDICIONES ESPECIALES DE ASEGURABILIDAD

- Si
 No

ART. CG	ART. CP

PERIODO DE CARENCIA

No Aplica

ART. CG	ART. CP
No Aplica	No Aplica

EXCLUSIONES

- Si
 No

ART. CG	ART. CP
N°6	No Aplica

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN

El asegurado ha autorizado a la compañía para efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

<input checked="" type="checkbox"/> e-mail al correo electrónico	ALEJOFLORES@GMAIL.COM
<input type="checkbox"/> Carta a la siguiente dirección	No informado
<input checked="" type="checkbox"/> Otro	0

En relación a los hechos motivo de la demanda, expone que en el mes de octubre de 2017, su representado, entonces de 44 años, se sometió a una serie de exámenes médicos debido a una molestia que sufría en su mano izquierda y que a esa fecha él asociaba a un tic nervioso. En octubre de 2017 decidieron consultar a un médico neurólogo, Dr. Rodrigo Galeno, quien ordenó la realización de estos exámenes. En tal oportunidad les señaló que el movimiento en su mano podría deberse a una serie de múltiples factores, entre ellos Parkinson.

«RIT»

Foja: 1

El médico tratante, fue el Dr. Rodrigo Galeno, neurocirujano de Megasalud, y los exámenes solicitados fueron principalmente hemogramas, perfiles bioquímicos y otro denominado RM de Cerebro. En este último examen cuyos resultados se recibieron la segunda quincena de octubre de 2017, se indica como razón de la toma del examen, un posible parkinsonismo en estudio. No obstante, el informe médico del RM de Cerebro, firmado por la Médico Radióloga Alejandra Torres, del Laboratorio Clínico Megasalud, no arroja ningún hallazgo relevante.

Con posterioridad a eso deciden derivarlo a otro médico, el Dr. Víctor Navia, neurólogo, quien decide a su vez derivar a su representado al Centro de Trastornos de Movimiento (Cetram) para análisis más detallados y recomienda que el caso sea revisado por el Dr. Pablo Venegas, reconocido como una eminencia en dicho campo, no sólo a nivel local sino también internacional.

El Dr. Venegas decide llevar a cabo un examen de olfato y una ecotomografía transcraneana en agosto del 2018 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, dicho examen es uno de los pocos que se consideran válidos para diagnosticar certeramente el Parkinson. A la fecha de emisión del informe del examen de ecotomografía transcraneana, es decir, 23 de agosto de 2018, aún no existía un diagnóstico de Parkinson, de hecho, en ese informe, firmado por dos reconocidos neurocirujanos, se señala como Diagnóstico de Derivación: Sospecha de enfermedad de Parkinson, es decir, fue derivado para que se hiciera el examen por existir una sospecha de Parkinson, pero a esa fecha no se había diagnóstico de la enfermedad.

La conclusión de dicho examen fue: Ecogenicidad patológica de sustancia nigra, lo que equivale a Mal de Parkinson.

Indica que el examen fue emitido con fecha 23 de agosto de 2018 y firmado por el Dr. Pablo Venegas y por el Dr. Juan Cristóbal Núñez, ambos neurólogos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

A continuación se inserta el referido examen; expone que como se puede apreciar en el encabezamiento, expresamente se indica que el Diagnóstico de Derivación es la Sospecha de enfermedad de Parkinson; es decir, a la fecha, 23 de agosto de 2018 no existía diagnóstico determinante de Parkinson.

«RIT»

Foja: 1

	UNIVERSIDAD DE CHILE HOSPITAL CLÍNICO DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA Y NEURUCIRUGÍA UNIDAD DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO	
---	--	---

INFORME ECOTOMOGRAFIA TRANSCRANEANA

NOMBRES:	ALEJANDRO
APELLIDOS:	FLORES MARTINEZ
FECHA:	23-08-2018
RUT:	12451024-4
DIAGNOSTICO DE DERIVACION:	SOSPECHA DE ENFERMEDAD DE PARKINSON.

Técnica:
Se realiza exploración de estructuras intracraneanas con equipo ultrasónico Siemens, modelo Cypress, empleando transductor de baja frecuencia (1 MHz), a través de ventana temporal bilateral.

Resultados:
Ventana sónica adecuada.
Núcleos de sustancia gris periacueductal y del rafe mesencefálico de ecogenicidad conservada.
Ecogenicidad de Sustancia Nigra de hasta 0,35 cm2.
Ecogenicidad de núcleos lenticulares conservada.
Tercer ventrículo de paredes paralelas y tamaño normal.

Conclusión:
Ecogenicidad patológica de sustancia nigra.

Atentamente:

	
Dr. Pablo Venegas Francke Profesor Asociado de Neurología Hospital Clínico Universidad de Chile RUT: 9.908.039-6	Dr. Juan Cristóbal Núñez Fuster Neurólogo Hospital Clínico Universidad de Chile RUT: 10.306.345-0

* Sensibilidad de 82%, Especificidad 96% para el diagnóstico de Enfermedad de Parkinson. V Venegas P et al. Rev. Med de Chile 2011; 139(1): 54-9.

Señala que debido al alto costo de las medicaciones necesarias para tratar la enfermedad y con el fin de evitar que durante el largo período de exámenes médicos y consultas estos síntomas se agravaran, en abril de 2018 se calificó su sintomatología como parkinsonismo en estudio, de manera de poder ser incorporado al GES y así recibir medicación. Sin embargo, no fue hasta agosto de 2018 que se emitió el diagnóstico definitivo.

Por lo tanto, su representado fue diagnosticado de Parkinson con fecha 23 de agosto de 2018, en tanto que las pólizas de seguro número 5434, contratada por su entonces empleadora AFP Capital y póliza número 3827, contratada por Sura Servicios Profesionales S.A. tienen vigencia desde el 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018, es decir, se contrataron antes del diagnóstico de Parkinson y, lo más relevante, no fueron contratadas por su representado, sino por las empresas para las cuales trabajaba, ambas partes del mismo grupo Sura, que hoy rechaza el siniestro.

«RIT»

Foja: 1

A la fecha del diagnóstico, su representado había sido atendido por los neurólogos Dr. Rodrigo Galeno, Dr. Víctor Navia, Dr. Pablo Venegas, Dr. Juan Cristóbal Núñez, y finalmente el caso lo tomó el Dr. Humberto García. Es decir, fueron necesarios 10 meses de exámenes y el trabajo de cinco neurólogos, todos reconocidos en su campo y de prolongada trayectoria para poder determinar que finalmente el problema de su representado, de entonces de 44 años, era un mal de Parkinson. Sin embargo, la compañía de seguros decidió, a través de un analista de siniestros, que no es médico y menos neurólogo, que el mal de Parkinson existía desde hace cinco años, y que su representado sabía que padecía la enfermedad, es decir, agrega que supone que su representado sabía antes que los cinco neurólogos y los diez meses de exámenes que fueron necesarios para detectar su padecimiento que su problema era el Parkinson; y que sabiéndolo, decidió no tratárselo y voluntariamente gastó innecesariamente una fortuna en exámenes y visitas al médico mientras su enfermedad, que supuestamente conocía, seguía avanzando.

Afirma que lo más grave es que todos estos antecedentes obran en poder de Sura quien ha tenido toda esta información desde un comienzo. Es así como, recién con fecha 4 de diciembre de 2018, en sesión número 553 de la Superintendencia de Pensiones se aprueba la invalidez total y se emite el acta respectiva. La invalidez queda definitivamente ejecutoriada con fecha 5 de enero de 2019. Pocos días después, con fecha 18 de enero, su representado presenta los antecedentes a Sura a fin de ser indemnizado. Ambas pólizas tienen como parte de los riesgos cubiertos por el seguro, la cobertura de Invalidez, así aparece en los Certificados de Cobertura que se le entregaron al asegurado y que se insertaron previamente. Los siniestros se denunciaron debidamente con fecha 18 de enero de 2019 y la compañía abrió expediente para dos siniestros, siniestro N° 487492 correspondiente a la póliza 101-3827 y siniestro N° 487493 correspondiente a la póliza 101-5434.

Respecto a los incumplimientos legales y administrativos de sura, sobre las faltas en la emisión de los certificados de cobertura, expresa que el único documento que su representada recibió por parte de la compañía fue el denominado "Caratula Uniforme Para Póliza de Seguros de Vida", Certificado de Cobertura. Lo mismo en ambas pólizas. Por lo tanto, toda la información que tenía sobre su seguro, hasta la fecha, es la información que aparece en esos documentos, cuya extensión no es de más de 4 páginas, gran parte de las cuales se limita a describir y reiterar definiciones establecidas en la ley, sin entrar en ningún momento en los detalles de la cobertura, exclusiones o requerimientos de asegurabilidad como lo exige la norma.

«RIT»

Foja: 1

Añade que ello es relevante, toda vez que, en ambos siniestros, al momento de rechazarlos, la compañía le envía una carta señalando que *“No corresponde el pago del beneficio, según el art. N°3, Exclusiones, letra c) de las condiciones generales de la CAD inscrita en la CMF bajo el CAD 220131678 que rigen la póliza.”* Sin embargo, esta CAD que es utilizada como fundamento del rechazo, y que establece la exclusión por preexistencia según se indica en esas mismas cartas, no aparece ni forma parte del certificado de cobertura entregado a su representado, ni de la carátula de la póliza que para el efecto son lo mismo. De manera que su representado jamás conoció, porque la compañía no le informó la existencia de esta exclusión, sin perjuicio de que la misma es igualmente inaplicable por no existir la supuesta preexistencia que se alega.

Dicho certificado de cobertura omitió información trascendental para el entendimiento de la cobertura por parte de su representado. El Código de Comercio establece en el artículo 513 letra d), que el Certificado de Cobertura es el documento que da cuenta de un seguro emitido con sujeción a los términos de una póliza de seguro colectivo. Por lo tanto, debe contener la información necesaria para entender el alcance de la póliza de seguro colectiva.

Reitera que el único documento que recibió fue el Certificado de Cobertura de cada una de las pólizas, nada más. Sin embargo, dichos Certificados de Cobertura fueron emitidos por la compañía en infracción a lo establecido en la Circular 2123 de 22 de octubre de 2013 de la Comisión para el Mercado Financiero y que precisamente regula el contenido y la forma que deben tener los Certificados de Cobertura. Dicha circular establece en su número III cuáles son las reglas para Seguros Contratados en Forma Colectiva, como es el caso. En las carátulas de los seguros expresamente se señala que se trata de una póliza colectiva de manera que deben respetar en su redacción las disposiciones establecidas en la ley para ese tipo de seguros.

Señala que según la disposición, tratándose de pólizas de seguros colectivos a que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, a través del tomador, la compañía de seguros deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. Agrega la norma que, en caso de hacer entrega de un certificado de cobertura, este deberá contener una descripción de la cobertura básica y de cada una de las coberturas adicionales contratadas, el número de la póliza colectiva, individualización y código de depósito de las condiciones del seguro y sus adicionales, si los hubiere, la vigencia del seguro, monto de la prima y las comisiones.

«RIT»

Foja: 1

Añade que dispone la norma que en el Certificado de Cobertura deberán constar las condiciones especiales de asegurabilidad que se hayan establecido para el riesgo del asegurado y que será responsabilidad de la compañía tener constancia fehaciente de la aceptación de asegurado de las condiciones referidas. Este hecho debe ser probado por el asegurador.

Afirma que el objetivo de estas normas, es proteger a la parte más débil del contrato, en este caso al asegurado, pues si el asegurado no recibe copia íntegra de la póliza, porque la compañía de seguros solamente le entrega un certificado de cobertura, no tiene como tomar conocimiento de las coberturas y exclusiones de su seguro a menos que se indiquen en el certificado, como lo exige la ley, lo que Sura no hizo. El certificado de cobertura, debe ser además claro, preciso y ajustado a un lenguaje comprensible para el tomador y consumidor.

Indica que la Norma de Carácter General 349 (NCG 349) en su Título VI, sobre Responsabilidad de las Compañías en la Contratación de Pólizas, señala que “Será responsabilidad de las compañías de seguro que las pólizas de seguros que contraten estén redactadas en forma clara y entendible, que no sean inductivas a error, y que no contengan cláusulas que se opongan a la ley. Dichas condiciones serán exigibles al texto íntegro de la póliza comprendiendo en él, además, las condiciones particulares del seguro y los documentos anexos relativos a su contratación. La redacción será clara y entendible cuando ella permita la comprensión directa del texto, utilizando lenguaje adecuado y usual, empleando en su contratación textos tipográficos de tamaño adecuado. Se considerarán inductivas a error aquellas condiciones o estipulaciones ambiguas y carentes de claridad necesaria para determinar su sentido y alcance de los riesgos asegurados y los derechos y deberes de las partes.

En caso de duda sobre el sentido de una disposición en el modelo de condición general de póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso.

Afirma que la demandada no cumplió con sus obligaciones legales, ni de asesoría al actor, ni de indemnización. Asimismo, la liquidación del siniestro no se ajustó a la ley, ya que tal acto 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 del D.S. 1055 y lo dispuesto también por el artículo 61 inc. 2º del D.F.L. 251. El inciso final del artículo 61 del D.F.L. 251, introducido por la ley 19.769, de 2001, señala que *“En el ejercicio de sus funciones, y sin perjuicio de sus obligaciones legales y reglamentarias, los liquidadores de siniestros deberán guardar la debida*

«RIT»

Foja: 1

independencia y autonomía en su cometido, garantizando la imparcialidad y objetividad del proceso de liquidación, y velar porque sus opiniones se emitan con estricta sujeción a criterios técnicos.”

Señala que la compañía incumplió con numerosas obligaciones que regulan el proceso de liquidación, privando de esa manera a su representado de la oportunidad de solicitar la designación de un liquidador independiente, derecho que tiene por ley, que no fuera empleado de la compañía, y de esa manera contar con un grado de mayor independencia y objetividad a la hora de emitir la opinión respecto de la cobertura. Ambas liquidaciones fueron enviadas al empleador de su representado, no a él como corresponde. Es decir, Sura comunicó el rechazo del siniestro a otra compañía del mismo grupo, pero no al asegurado, quien se vino a enterar del rechazo mucho tiempo después. Expresa que dichas liquidaciones se limitaron a un rechazo expresado en una simple carta que no reúne ni las más mínimas condiciones que debe tener un informe de liquidación, como se puede apreciar a continuación y que ni siquiera se le enviaron al asegurado.

Santiago, 19 de marzo de 2019
DB-C-5329/2019

Señora
Claudia Campos Sobarzo
Analista Remuneraciones Talento H.
AFP Capital S.A
Avda. Apoquindo 4820, piso 14
Las Condes


Ref.: Póliza N° 101-5434 (Siniestro N°487493)


De nuestra consideración:

En relación a la solicitud de pago del Seguro de Vida por la cobertura de Invalidez Permanente Dos Tercios de Don Alejandro Flores Martínez, RUT 12.451.024-4, notificado en la póliza de referencia, informamos a usted que no corresponde el pago del beneficio, según Artículo N°3: Exclusiones, letra c) de las Condiciones Generales, inscrita en la CNP bajo el CAD 220131678, que rigen la póliza y donde se establece: *"Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquier enfermedad, patología, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional".*

En efecto, según consta en Acta de Invalidez, emitido por la Comisión Médica de la Región Santiago Centro con fecha 04 de diciembre del 2018, el Sr. Flores padece desde hace 5 años, signos asociados a la patología que genera su discapacidad, los cuales no fueron notificados a la fecha de la firma de la Solicitud de Incorporación. Seguros de Vida y de Salud Colectivos.

Sin otro particular, saluda atentamente,

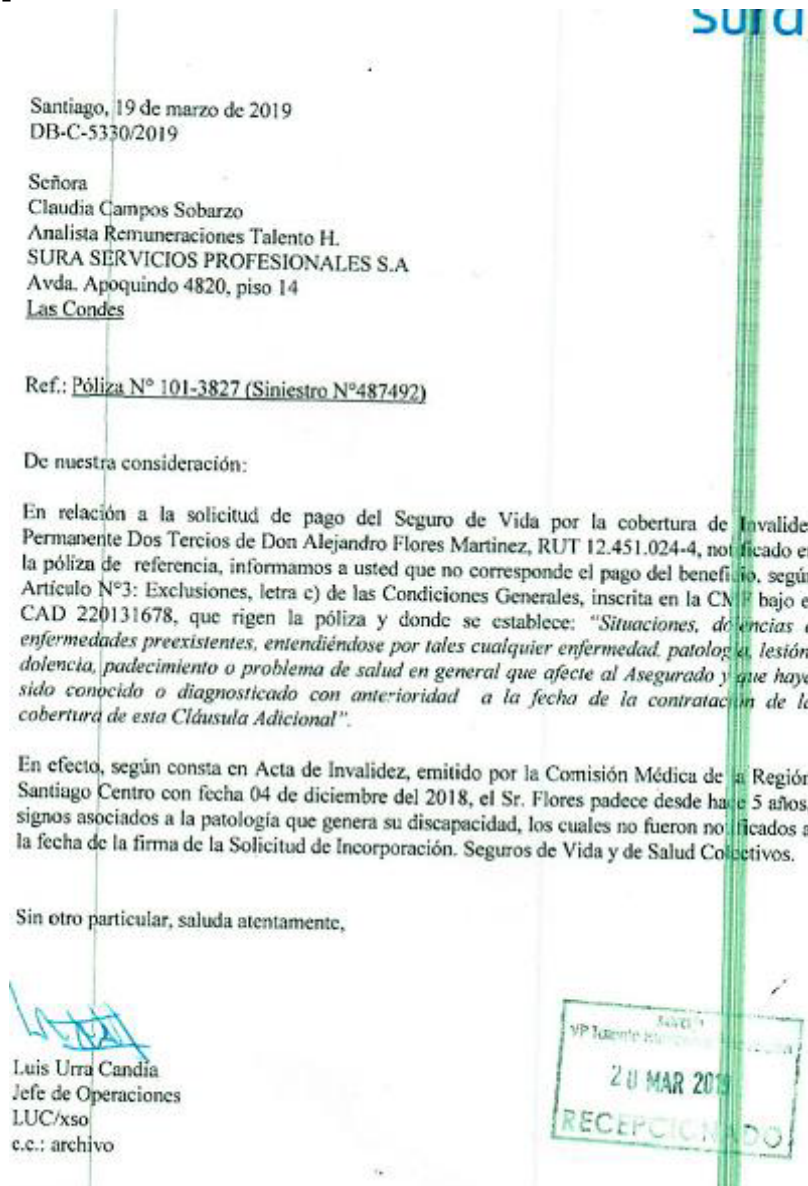

Luis Urra Candia
Jefe de Operaciones
LUC/xso
c.c.: archivo



Lo mismo respecto de la póliza 101-3827:

«RIT»

Foja: 1



Expone que no existió proceso ni informe de liquidación alguno. Las cartas se enviaron, como se evidencia en su mismo texto, a la Sra. Claudia Sobarzo, quien se sindicó como “analista de remuneraciones”, de AFP Capital, en el caso de una de las cartas, y “analista de remuneraciones” de Sura Servicios Profesionales S.A. en otra carta. Ninguna se dirigió a su representado.

Con fecha 8 de abril de 2019, su representado impugnó los informes de liquidación mediante una carta extremadamente simple, pues carece de todo conocimiento en materia legal y de seguros, dirigida a Sra. Liliana Morales, Analista de Beneficios de Sura. En esa impugnación el asegurado manifiesta su disconformidad con las conclusiones sobre el rechazo de su siniestro e indica además que sólo ha tomado conocimiento de él con fecha 4 de abril de 2019, no obstante que le indican de parte de Sura que el rechazo fue emitido el 20 de marzo de 2019.

Añade que mediante correo electrónico de fecha 10 de abril de 2019, la Sra. Liliana Morales le confirma al asegurado que la carta con la impugnación se encuentra en revisión y que la respuesta formal de la compañía a su impugnación

«RIT»

Foja: 1

le será informada cuando haya sido emitida, no obstante lo anterior, a la fecha de la presente demanda, septiembre de 2019 no se ha recibido respuesta alguna a la impugnación, infringiendo nuevamente las normas establecidas en D.S. 1055, en particular el artículo 26 de dicha disposición que establece que la compañía debe dar respuesta a la impugnación dentro del plazo de seis días contado de la fecha de su recepción, es decir, existen prácticamente cinco meses de atraso por parte de Sura.

Agrega que más grave aún, es que tampoco se cumplió con lo establecido en el artículo 27 del D.S. 1055, es decir, no se le informó al asegurado el derecho que le asiste para recurrir al procedimiento establecido en la póliza para reclamar su indemnización, de manera que esta “omisión” del asegurador, lo mantuvo en total ignorancia respecto de su facultad para reclamar en juicio. En efecto, señala la norma que, en la decisión final de la compañía de seguros, deberá siempre informarse al asegurado su derecho a recurrir al procedimiento establecido en la póliza, o al que corresponda conforme la ley, para reclamar el pago de su pretendida indemnización o solucionar las dificultades que subsistan. Al haber omitido la compañía esa información, su representado ha permanecido todo este tiempo en el desconocimiento absoluto de sus derechos, enfrentando una enfermedad de un costo que no puede solventar y sin saber que le asisten alternativas para reclamar su indemnización. Esto constituye un perjuicio que va más allá de la simple negativa al pago del siniestro pues lo priva de sus derechos y perjudica directamente su capacidad económica para enfrentar su enfermedad pues la indemnización es la única opción que tiene de efectuarse una operación que podría mejorarlo.

Debido a las faltas cometidas en el proceso de liquidación; en la emisión del certificado y por cierto en la falta de respuesta a la impugnación; su representado presentó un reclamo administrativo a la CMF, con fecha 23 de julio de 2019. Posteriormente, con fecha 22 de agosto de 2019, una vez que la CMF había remitido el oficio a Sura a fin de que diera las explicaciones por los hechos denunciados, su representado, a través de Sura Servicios Profesionales S.A. recibe una carta de SURA, donde se le indica lo siguiente:

«RIT»

Foja: 1



Santiago, 22 de agosto de 2019
DB-C-10740-2019

Señor(a)
Claudia Campos Sobarzo
Analista Remuneraciones Talento Humano
SURA Servicios Profesionales S.A.
Avda. Apoquindo 4820, piso 14
Las Condes

Ref.: 3827 Siniestro: 487492

De nuestra consideración:

En relación a la solicitud de pago del Seguro de Vida, por la cobertura Invalidez 2/3 (Dos Tercios), del Sr. Alejandro Amador Flores Martínez, Rut 12.451.024-4, notificado en la póliza en referencia, informamos a usted que se encuentra pendiente a la espera de los siguientes antecedentes:

- Historial de prestaciones médicas, emitido por su Isapre y/o Fonasa, desde enero 2014 en adelante.

Cabe destacar que el o los documentos solicitados, son imprescindibles para la correcta evaluación del siniestro y la cobertura reclamada.

Sin otro particular, saluda atentamente,



Luis Urra Candia
Jefe de Operaciones

Intermediario de la Póliza: Directa

Es decir, cinco meses después de que Sura había dado por cerrado el siniestro, rechazando el pago de las indemnizaciones, decide, sorpresivamente, luego de ser oficiado por la Comisión para el Mercado Financiero, enviar una carta al asegurado solicitando antecedentes nuevos, señalando con manifiesta mala fe, expresamente que *“se encuentran pendientes a la espera de los siguientes antecedentes...”* Luego agrega que: *“Cabe destacar que el o los documentos solicitados, son imprescindibles para la correcta evaluación del siniestro y la cobertura reclamada”*

Dos cartas similares, una por cada póliza, fueron recibidas con fecha 22 de agosto de 2019, es decir, cinco meses después que el caso fuera cerrado con un rechazo por parte de Sura.

Afirma que la mala fe de Sura queda de manifiesto cuando en su carta pretende hacer aparecer a su representado como quien está en deuda con la compañía, en la entrega de antecedentes, no obstante que a la fecha de esa carta el siniestro ya llevaba cinco meses cerrado, liquidado y rechazado. Sin que se haya respondido jamás la impugnación presentada por su representado.

«RIT»

Foja: 1

Por lo anterior, afirma, por dichos de la misma Sura, que esta denegó el siniestro sin contar con los antecedentes necesarios para hacerlo.

Reitera que no hubo preexistencia, la que de acuerdo a la Excelentísima Corte Suprema debe estar acreditada, y que Sura debe cumplir los contratos, adeudando su representado por incumplimiento de ambos la suma de UF 2.500 por concepto de indemnización pactada.

Además, pide una indemnización por daño moral, ascendente a \$25.000.000.- fundada en la operación que no pudo realizar, producto de no contar con los medios económicos y por el daño emocional que implica sufrir cada tarde el desvanecimiento de los efectos del medicamento que controla el Parkinson y volver cada día a un estado de invalidez, y sobre todo tener conciencia que progresivamente el efecto del medicamento será menor; saber que el procedimiento de cirugía se vuelve imposible ante la negativa de pago de Sura, la única fuente de recursos que su representado contaba para ese fin, todo ello ha significado un deterioro desastroso en su calidad de vida.

En la conclusión, previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda en juicio ordinario de cumplimiento forzado de contratos de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de la demandada, ya individualizada, acogerla a tramitación y, en definitiva, declarar:

1. Que se ordena a la demandada cumplir con los contratos de seguros de que dan cuenta las pólizas número 5434, emitidas por Seguros de Vida Sura S.A. y contratada por AFP Capital y por la póliza número 3827, también emitida por Seguros de Vida Sura S.A y contratada por Sura Servicios Profesionales S.A.;
2. Que en consecuencia, se le condene a pagar en favor de don Alejandro Flores la suma de UF 500 por la póliza 5434 y la suma de UF 2.000 por la póliza 3827; en su equivalente en pesos moneda nacional a la fecha de su pago efectivo;
3. Que se le condene a pagar los intereses corrientes, los que corresponden sean calculados desde la fecha del denuncia del siniestro, o en subsidio, desde la fecha de la demanda, o, en subsidio, desde la fecha de notificación de la demanda, o en la fecha en que el tribunal estime;
4. Que se condene a la demandada al pago de la suma de \$25.000.000.- por concepto de daño moral o la suma que el tribunal determine;
5. Que se condene a la demandada al pago de las costas.

Con fecha 11 de noviembre de 2019, se verificó la notificación de la demanda.

«RIT»

Foja: 1

Con fecha 28 de noviembre de 2019, la demandada **contestó la demanda**, solicitando su rechazo, con costas, señalando que los hechos no fueron como los relató la contraria, sino que son los siguientes:

Don Alejandro Amador Flores Martínez, hizo ingreso a la Administradora de Fondos de Pensiones Capital S.A., como Agente de Ventas, con fecha 18 de agosto de 2016.

Como todo colaborador de las Compañías filiales de Sura Asset Management Chile S.A., el demandante recibió como beneficio, sin costo alguno para él, la cobertura de la póliza de seguros de vida colectiva N° 101-5434, que cubre el riesgo de fallecimiento y tiene además una cobertura de invalidez y otras coberturas adicionales, por UF 500. Dicha póliza se encuentra incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220131675 y código CAD 220131678.

Agrega que el actor en forma voluntaria y a su costo, decidió incorporarse a la Póliza Colectiva de Seguro de Vida N° 101-3827 contratada por Sura Servicios Profesionales S.A, que tiene también una cobertura de invalidez y otras coberturas adicionales. Dicha póliza se encuentra incorporada en el Deposito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el condigo POL 220131675 y código CAD 220131678. Hace presente que tal póliza la contrato Sura Servicios Profesionales S.A., para los efectos de darle la posibilidad a los colaboradores de las empresas filiales de Sura Asset Management Chile S.A. que así lo quisieren, de aumentar la indemnización en caso de fallecimiento o invalidez por un monto de hasta UF 2000, de manera de poder complementar la eventual indemnización que pudiere emanar de la póliza N° 101-5434.

Indica que la demandante se incorporó a ambas pólizas en la misma fecha, esto es, el 18 de julio de 2017.

Añade que el 14 de enero de 2019, se recibió en la Compañía el Dictamen emitido por la Comisión Médica Regional con fecha 4 de diciembre de 2018, en el cual se aprobó la invalidez total definitiva del actor, por un menoscabo laboral de 80%, quedando este ejecutoriado el 5 de enero de 2019. El Dictamen de Invalidez emitido por la Comisión Médica de la Región de Santiago Centro, de fecha 4 de diciembre de 2018, que sirvió de antecedente para declarar la invalidez del demandante, establece como causal de la invalidez lo siguiente: *“Enfermedad de Parkinson: hace 5 años.”*

Con dicho dictamen de Invalidez emitido por la Comisión Médica Regional, documento oficial emitido por el organismo de salud encargado de determinar el grado de invalidez de los afiliados que solicitan una pensión de invalidez, se acredita que el demandante padecía la enfermedad de Parkinson hace 5 años,

«RIT»

Foja: 1

dejando de manifiesto que a la fecha de su incorporación a ambas pólizas ya descritas, don Alejandro Flores Martínez ya padecía de la enfermedad de Parkinson. Afirma que si la referida Comisión Médica aseveró con total seguridad que la enfermedad de Parkinson tenía una data de hace 5 años, lo hizo con total conocimiento de causa respecto del estado de salud del demandante.

Con fecha 5 de febrero de 2019 se recibieron los denuncios de los siniestros en las pólizas N° 101-5434 y 101-3827, solicitando el pago de las coberturas de invalidez permanente dos tercios.

Por cartas de fechas 19 de marzo de 2019, enviadas a las empresas contratantes de las pólizas, la aseguradora comunicó el rechazo de los siniestros, por considerar que la patología que genera la incapacidad laboral era anterior a la fecha de incorporación del demandante a las pólizas, conforme lo establece el Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica respectiva.

El 4 de abril de 2019, el actor presentó una carta de impugnación dirigida a la señora Liliana Morales, Analista de Beneficios y Calidad de Vida de la Vicepresidencia de Talento Humano e Innovación, en la cual rechaza la decisión de la Compañía, aduciendo que el diagnóstico de Parkinson no era preexistente y que solo tomó conocimiento de el a contar del mes de noviembre de 2017.

Expresa que tras una nueva revisión de los antecedentes acompañados para justificar la procedencia de los siniestros, y considerando además que el demandante es colaborador de AFP Capital S.A., filial de Sura Asset Management Chile S.A., y luego que la Comisión para el Mercado Financiero recabara información de la forma como se llevó a cabo el proceso de liquidación de los siniestros, esta Compañía decidió reabrir el proceso de liquidación de los siniestros, con el objeto de solicitar al demandante el historial de prestaciones médicas emitidas por su Isapre o Fonasa desde enero de 2014 en adelante. Dicha solicitud de antecedentes se hizo a las sociedades contratantes, por cartas enviadas con fecha 22 de agosto de 2019.

Con dicho requerimiento de información, los siniestros cambiaron su estado desde Rechazados a Pendientes, no obstante estar en conocimiento del señor Flores este requerimiento de información (cosa que es reconocido en su propia demanda), hasta la fecha de la presente contestación se ha negado a proporcionarla a ella, lo que ha impedido poder tomar una decisión definitiva respecto de los siniestros denunciados, ante la falta de antecedentes solicitados para confirmar si la enfermedad invalidante era o no previa a la fecha de incorporación a las pólizas de seguros colectivas ya indicadas.

«RIT»

Foja: 1

Expone que el actor por una decisión personal, prefirió judicializar la controversia, presentando la demanda de autos con fecha 23 de septiembre de 2019.

En cuanto al derecho, reitera lo señalado anteriormente, y que si no se ha podido liquidar definitivamente, es única y exclusivamente por un hecho atribuible e imputable al demandante, de no querer aportar la información solicitada.

Además, expone que no deja de llamar la atención los esfuerzos desplegados por el demandante, de poner foco en su demanda en aspectos netamente formales asociados a la Liquidación de los siniestros, los cuales han sido suficientemente aclarados con él, e incluso, con la Comisión para el Mercado Financiero, quien tomó parte en el asunto ante el reclamo efectuado por el actor. Igual cosa ocurre con el tema de la Caratula de las pólizas, del cual el demandante hizo un despliegue para justificar lo injustificable, esto es, que no tenía claridad respecto de las condiciones de cobertura de la cláusula adicional de invalidez y que la Compañía nada le advirtió, ni menos lo asesoró al no existir un corredor de seguros. Lo curioso, es que al ser declarado invalido por la Comisión Médica Regional, inmediatamente invocó la cobertura de invalidez de las pólizas a las cuales se encontraba incorporado, de las cuales, según sus propios dichos, no tenía claro su contenido y alcance.

Afirma que no existe una negativa de pago de los siniestros, reiterando que si bien rechazo inicialmente la cobertura, esa decisión fue revertida con el objeto de dar la oportunidad de allegar nuevos antecedentes médicos, que permitieran resolver la materia que se discute, a saber, si se está o no frente a una enfermedad preexistente. Y esa decisión de requerir mayor información y de cambiar el estatus a Pendiente fue puesta en conocimiento del demandante, incluso en forma previa a la interposición de la demanda, por lo que la misma se basa en un hecho que no tiene sustento factico ni jurídico.

Expresa que la incorporación del demandante a las pólizas colectivas fue con fecha 18 de julio de 2017, y que la invalidez total fue decretada a partir del 7 de noviembre de 2018, todo hace suponer, según se desprende del Dictamen de Invalidez, que el actor padecía de Parkinson desde el 7 de noviembre de 2013, esto es, 3 años 3 meses antes de incorporarse a las pólizas colectivas, lo que hace que quede configurada la exclusión de cobertura por preexistencia, establecida en las Condiciones Generales y Particulares de las pólizas.

Agrega que para que no quede lugar a dudas de la preexistencia, la aseguradora solicitó con fecha 22 de agosto de 2019 el historial de prestaciones médicas emitidas por su Isapre o Fonasa desde enero de 2014 en adelante; información que el demandante se ha negado a entregar a la fecha. Además, ella

«RIT»

Foja: 1

no está en posición de requerir directamente tal información a la institución de salud correspondiente, por lo sensible de la misma, motivo por el cual la requirió directamente al actor, vía los contratantes de las pólizas colectivas.

Afirma que para los efectos de incorporarse a las Pólizas Colectivas, el demandante completo su Declaración Personal de Salud (DPS), en la cual se le consultó expresamente lo siguiente:

“Usted o alguna de las personas propuestas para el seguro bajo esta solicitud, ha padecido, tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:”

“Epilepsia, Parkinson, vértigo, encefalopatía, esclerosis múltiple, accidente, cerebrovascular, aneurismas, encefalitis, neuropatías, parálisis, accidente vascular, derrame cerebral, trastornos del ánimo, depresión, esquizofrenia, neurosis, psicosis.”

La respuesta entregada por el asegurado fue negativa para todas las patologías descritas previamente.

A mayor abundamiento, expone que en la referida Declaración Personal de Salud, declaró expresamente lo siguiente: *“Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas que estoy en conocimiento, acepto y entiendo que la Compañía Aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha o de la práctica de alguna de las actividades o deporte riesgoso si esta es una de las señaladas y declaradas por mí en el cuadro signado con el número VI precedente. Certifico que los datos declarados son exactos y fidedignos y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión o declaración falsa errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro, es decir, la Compañía de Seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida SURA S.A. para que en caso de siniestro requiera de información que de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia. Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud. Autorizo a Seguros de Vida SURA S.A. a informar al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, sobre tarificación u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada. Autorizo a la Compañía enviar correspondencia e información sobre mi cobertura de seguros a través de correo electrónico.”*

Indica que si dicha declaración del asegurado, hubiese contenido declaraciones sobre enfermedades o situaciones de salud, tales como Parkinson,

«RIT»

Foja: 1

la Compañía podría haber optado por aumentar la prima del contrato de seguro o bien rechazar su incorporación a la póliza. En ello radica la importancia que la declaración fuese veraz y fidedigna, puesto que de dicha declaración dependía si el asegurado fuera o no objeto de cobertura del contrato de seguro que se celebraría con la Compañía.

Consecuentemente, la Declaración Personal de Salud, pasó a formar parte integrante del contrato de seguro, cuyas estipulaciones tienen tanta importancia como las disposiciones de las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, precisamente porque aborda muchos aspectos que no se encuentran contemplados en tales Condiciones, y, además, porque su contenido fue aceptado por el asegurado, mediante su suscripción. La relevancia de dicho documento radica en que a través de él, la Compañía puede conocer el real estado de salud de las personas que solicitan la respectiva cobertura, y la veracidad y exactitud de su contenido es el gatillante para que se decida si una persona es o no sujeto de seguro.

Al respecto, señala que las Condiciones Generales de la Póliza N° 101-5434, expone en su artículo 3. Letra c) Exclusiones: *“Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.”*

Una declaración de salud veraz por parte del demandante, podría haber significado la no aceptación del riesgo por parte de la aseguradora, pues, como resulta evidente, tales condiciones hacen que las probabilidades de ocurrencia de alguno de los siniestros cubiertos se eleven por sobre la media estadística. Ella, de haber conocido las verdaderas condiciones de salud del asegurado, podría haber rechazado la cobertura solicitada, o bien podría haber evaluado sobre primar el riesgo que estaba asumiendo.

Añade que de dicha manera, se configura una preexistencia por condiciones de salud que no fueron declaradas por el contratante al momento de solicitar su incorporación, originando con ello una reticencia y por ende, un evidente incumplimiento de las obligaciones contractuales para la aseguradora, que la facultan no solo a no dar cobertura al siniestro, sino también a ponerle término a la póliza.

Luego cita normas, doctrina y jurisprudencia pertinente al caso, reiterando que en un comienzo se rechazó el pago del siniestro, por la preexistencia, y hoy se encuentra pendiente la liquidación a la espera de mayores antecedentes.

«RIT»

Foja: 1

Se evacuó la réplica.

Se evacuó la dúplica.

Se llevó a efecto la audiencia de conciliación, con la comparecencia de los apoderados de ambas partes, instancia que no prosperó.

Con fecha 3 de marzo de 2020, se recibió la causa a prueba.

Se citó a las partes a oír sentencia.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

I. En cuanto a las tachas:

PRIMERO: Que, la parte demandante tachó al testigo de la demandada, don Juan Antonio Cataldo Acuña por las causales contempladas en los numerales 4 y 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, en razón de que presta servicios como asesor externo de la demandada Seguros de Vida Sura S.A., prestando por tanto, habitualmente servicios retribuidos, percibiendo una remuneración de carácter mensual por parte de su empleador, existiendo un vínculo de subordinación y dependencia a ésta, careciendo de la imparcialidad necesaria para declarar.

Que al evacuar el traslado la parte demandada, solicitó el rechazo de la tacha opuesta, en razón de que percibe honorarios profesionales por servicios que le presta mensualmente a la Compañía, sin que exista un vínculo de subordinación y dependencia con ella. Además, dada su experiencia médica de más de 28 años, su opinión de experto es necesaria, atendida la negativa de la contraria de proporcionar antecedentes.

SEGUNDO: Que, las causales de inhabilidad contempladas en los numerales 4 y 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, se configuran cuando, en el primer caso, se acredita que el testigo es dependiente de la parte que lo presenta, y en el segundo, cuando se acredita que éste es un trabajador dependiente de la persona que exige su testimonio, prestando servicio en forma habitual y bajo un vínculo contractual de subordinación y dependencia a aquélla.

Que de las respuestas expresadas por el testigo al contestar las preguntas de rigor, afirmó ser un asesor externo de la demandada, aportando su experiencia y expertiz en muchas compañías de seguro, recibiendo un ingreso, que equivale al 2% de sus ingresos mensuales. Por tanto, ante la ausencia de dependencia, se concluye que no se configura ninguna de las causales de inhabilidad en examen, por lo que se rechazará la tacha.

II. Respecto al fondo del asunto:

TERCERO: Que don Rodrigo Sapag Álvarez en representación de don Alejandro Amador Flores Martínez dedujo demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de Seguros de Vida

«RIT»

Foja: 1

Sura S.A., y sobre la base de los fundamentos expuestos en la parte expositiva de la presente sentencia, solicitó declarar: **a)** Que se ordena a la demandada cumplir con los contratos de seguros de que dan cuenta las pólizas número 5434, emitidas por Seguros de Vida Sura S.A. y contratada por AFP Capital y por la póliza número 3827, también emitida por Seguros de Vida Sura S.A y contratada por Sura Servicios Profesionales S.A.; **b)** Que en consecuencia, se le condene a pagar en favor de don Alejandro Flores la suma de UF 500 por la póliza 5434 y la suma de UF 2.000 por la póliza 3827; en su equivalente en pesos moneda nacional a la fecha de su pago efectivo; **c)** Que se le condene a pagar los intereses corrientes, los que corresponden sean calculados desde la fecha del denuncia del siniestro, o en subsidio, desde la fecha de la demanda, o, en subsidio, desde la fecha de notificación de la demanda, o en la fecha en que el tribunal estime; **d)** Que se condene a la demandada al pago de la suma de \$25.000.000.- por concepto de daño moral o la suma que el tribunal determine; y **e)** Que se condene a la demandada al pago de las costas.

CUARTO: Que, la demandada contestó solicitando el rechazo de la demanda, con costas.

QUINTO: Que, el demandante a fin de acreditar su pretensión, se hizo valer de la DOCUMENTAL, consistente en:

1. Carta emitida por Sura de fecha 13 de febrero de 2019 en la que se indica que la resolución sobre el pago del siniestro se encuentra pendiente.
2. Carta de fecha 19 de marzo de 2019 firmada por Luis Urra de Sura, en la cual se indica que se rechaza definitivamente el siniestro de la póliza 101-3827. Siniestro N° 487492.
3. Carta de fecha 19 de marzo de 2019 firmada por Luis Urra de Sura, en la cual se indica que se rechaza definitivamente el siniestro de la póliza 101-5434. Siniestro N° 487493.
4. Carta de Sura de fecha 22 de agosto de 2019 suscrita por Luis Urra en la cual nuevamente señala que el caso se encuentra pendiente a esa fecha.
5. Copia de la caratula uniforme de la póliza 101-3827.
6. Copia de la caratula uniforme de la póliza 101-5434.
7. Condiciones Generales POL2200131675 aplicable a ambas pólizas emitidas por Sura.
8. Carta de impugnación de fecha 08 de abril de 2019 presentada por don Alejandro Flores en Sura.
9. Carta de fecha 27 de junio de 2019 suscrita por el abogado Rodrigo Sapag, dirigida a Luis Urra solicitando pronunciamiento de Sura respecto de los reclamos presentados por el Sr. Flores.

«RIT»

Foja: 1

10. Certificado emitido por Dr. Humberto García, Neurólogo de Megasalud, con fecha 6 de diciembre de 2018, en el cual señala “paciente con diagnóstico de Parkinson desde Abril de 2018”.
11. Certificado emitido con fecha 23 de agosto de 2018 por el Dr. Pablo Venegas y el Dr. Juan Núñez del Departamento de Neurología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, quienes indican que al 23 de agosto de 2018 el diagnóstico era: *“Sospecha de enfermedad de Parkinson”*. Luego los resultados indican Ecogenicidad patológica de sustancia Nigra, esto equivale a un diagnóstico de parkinson.
12. Certificado emitido por Karen Cornejo de Clínica Consalud, de fecha 28 de noviembre de 2018, quien certifica que Alejandro Flores ingresa a GES recién con fecha 23 de abril de 2018.
13. Informe médico de laboratorio Clínico Mega Salud, de fecha 16 de octubre de 2017, Suscrito por Alejandra Torres, médico radiólogo que concluye que existe un leve aumento del espacio subaracnoideo de *“carácter indeterminado”* y agrega que *“Resto del estudio sin hallazgos de carácter patológico”*.
14. Certificado de diagnóstico de Megasalud, emitido con fecha 23 de enero de 2018, suscrito por Dr. Víctor Navia, Neurólogo, con el diagnóstico: SD Parkinsoniano en estudio.
15. Formulario de constancia de diagnóstico emitido por Clínica Bicentenario, con fecha 20 de abril de 2018, suscrito por Dra. Paulina Chávez, neurólogo, que notifica que con esa fecha se confirma diagnóstico de enfermedad de Parkinson para efectos del GES.
16. Carta de fecha 16 de noviembre de 2018, enviada a Alejandro Flores por el Dr. Álvaro Undurraga, Presidente de la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones en la cual es citado para *“iniciar el trámite de calificación de la Invalidez”* recién con esa fecha.
17. Carta de Fecha 15 de enero de 2019, dirigida por don Alejandro Flores al Dr. Álvaro Undurraga, Presidente de la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones, en la cual le manifiesta la existencia de un error al indicar la fecha del diagnóstico de Parkinson en el acta N° 239259 pues se indica *“enfermedad de parkinson hace 5 años”* no obstante el diagnóstico fue de fecha abril de 2018.
18. Cláusula Adicional de Invalidez Permanente CAD 220131678, aplicable a las pólizas contratadas.
19. Copia fallo excelentísima Corte Suprema, Rol N° 219-2017, 26 de abril de 2017.

«RIT»

Foja: 1

20. Copia fallo excelentísima Corte Suprema, Rol N° 10.407-2017, 31 de mayo de 2017.
21. Copia fallo excelentísima Corte Suprema, Rol N° 27.959-2016, de 26 de julio de 2016.
22. Documento de la Clínica Dávila sobre cirugía para Parkinson. (Disponible en www.davila.cl/cirugia-para-el-parkinson-novedosa-tecnica-para-terminar-con-los-sintomas/).
23. Documento informativo emanado de la Comisión para el Mercado Financiero en el cual señala: *“Regulación legal de la preexistencia: sólo podrán considerarse preexistencias aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor. Esto ya estaba regulado administrativamente por la CMF desde el año 2009 y el nuevo Código lo ha transformado en ley. El propósito de esta disposición es evitar definiciones contractuales de lo que es una preexistencia en términos tales que puedan comprender enfermedades no conocidas por el asegurado.”* (Disponible en <https://www.cmfchile.cl/educa/621/w3-article-13977.html>).
24. Declaración firmada ante notario por doña Millaray Rayen Campos Belmar, cédula de identidad 17.233.139-4.
25. Declaración firmada ante notario por don Clemente Jaña Vásquez, cedula de identidad es 20.297.448- 1.
26. Copia de un informe de psiquiatría respecto de la Señora Vanessa Vásquez, pareja de don Alejandro Flores, emitido con fecha 27 de febrero de 2020 y suscrito por la Dra. Médico Cirujano residente de Psiquiatría de adultos del Hospital Clínico de la Universidad Católica. En dicho informe se indica que la Sra. Vásquez ingresa a urgencias el 26 de febrero de 2021 por sobre ingesta medicamentosa con fin suicida.
27. Informe de traslado de Psiquiatría suscrito con fecha 28/02/2020 por la Dra. Caneo y la Dra. Arias del equipo de psiquiatría y enlace de la Red Salud de la Universidad Católica. En ese informe se indica entre otras cosas que la Sra. Vanessa Vásquez, al momento de ser internada vive con su pareja, Alejandro, y sus dos hijos (hijos de ella) y describe la situación de intento de suicidio que desencadenó la internación.
28. Certificado firmado con fecha 17 de noviembre de 2021 por el Dr. Luis Alberto Espinoza, Neurólogo de la Clínica Red Salud, que indica que don Alejandro Flores se mantiene en terapia y en control por enfermedad de Parkinson desde 2018.

«RIT»

Foja: 1

SEXTO: Que, la demandada a fin de desvirtuar la pretensión de contrario, se hizo valer de la siguiente prueba, consistente en:

A) DOCUMENTAL:

1. Póliza Colectiva número 101-5434, suscrita entre AFP Capital S.A y el demandado, póliza que se encuentra incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220131675 y código CAD 220131678.
2. Póliza Colectiva número 101-3827, suscrita entre SURA Servicios Profesionales S.A. y el demandado, la que se encuentra incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220131675 y código CAD 220131678.
3. Condiciones Particulares de las pólizas 3827 y 5434, además del endoso de modificación de la póliza 5434 por modificación.
4. Declaración Personal de Salud, de fecha 31 de julio de 2017 de ambas pólizas.
5. Carta enviada con fecha 22 de agosto de 2019, en virtud del cual se le responde de su reclamo, revertiendo la decisión de rechazo y dejando el siniestro en calidad de pendiente, solicitando su historial de salud a la Isapre.
6. Copia de la carta de respuesta del Oficio 27007, enviada al regulador, esto es a la Comisión para el Mercado Financiero, donde se demuestra el conocimiento por parte del demandado del estado de *"pendiente del siniestro"*.
7. Dictamen emitido por la Comisión Médica Regional con fecha 4 de diciembre de 2018, en el cual se aprobó la invalidez total definitiva del señor Flores Martínez, por un menoscabo laboral de 80%, quedando éste ejecutoriado el 5 de enero de 2019.
8. Respuesta de la Comisión Médica Regional (Región Metropolitana) y de la Comisión Medica Central, a oficio solicitado.
9. Respuesta de la Isapre Consalud, a oficio solicitado.
10. Respuesta de la Superintendencia de Pensiones, a oficio solicitado.

B) TESTIMONIAL de don Juan Antonio Cataldo Acuña, quien legalmente juramentado, y cuya tacha opuesta fue desestimada por lo expuesto y razonado en el motivo segundo, afirmó a los puntos N° 2 y 3 de la interlocutoria de prueba, y en relación al punto N° 2, que el asegurado dio cumplimiento a las exigencias o requerimientos del contrato. Que el puede opinar desde el punto de vista técnico, y en ese sentido informar que la Declaración Personal de Salud se llena por todos los propuestos asegurados como un Principio de Buena Fe, para acceder u optar a algún producto o beneficio de Vida, Salud, o Invalidez, en este caso no declaró ser portador de alguna enfermedad.

«RIT»

Foja: 1

Agrega que de acuerdo a la información descrita en el Acta de Invalidez de la Comisión Médica Regional del 04 de diciembre de 2018, en esta se informa que padece de enfermedad de Parkinson hace 5 años. Dicha información es relevante, pues el acta de invalidez es un documento técnico que resulta del análisis de los Informes Médicos de los especialistas tratantes, exámenes diagnósticos, y fichas clínicas respectivas.

El Acta de Invalidez, al igual que en la Ficha Clínica, son documentos que adquieren caracteres médico – legales, por lo cual deben reflejar la veracidad de los antecedentes, los cuales además no pueden ser subjetivos, sino por el contrario objetivos y demostrables.

Repreguntado sobre la base de su experiencia, y de lo que se desprende del dictamen de Invalidez aludido por él, si la enfermedad que dio origen la invalidez era preexistente a los seguros contratados por el demandante. Respondió que en base a la información del Acta de Invalidez, la enfermedad de Parkinson se inició antes de la contratación de los 2 seguros de invalidez del asegurado.

La póliza de invalidez exige en uno de los 3 requisitos básicos para dar cobertura, que esta invalidez debe ser causada por una enfermedad que se haya iniciado dentro de la vigencia de la póliza, hecho que no ocurre en ninguno de los dos eventos en cuestión.

Respecto a si la enfermedad de Parkinson o sus síntomas fueron declarados en la Declaración Personal de Salud que debió llenar el demandante al contratar los Seguros. Respondió que no, no declaró ningún antecedente relacionado con la enfermedad de Parkinson, o sus síntomas, o signos.

En relación a si la Compañía está en su derecho a rechazar un siniestro cuando éste tiene su origen en una enfermedad preexistente, no declarado por el asegurado. Respondió que el asegurado de Invalidez es un producto creado por las Compañías de Seguros, para dar cobertura financiera, cuando la persona se encuentra sana o no padezca de un antecedente mórbido previo, puede protegerse frente a la aparición de un evento imprevisto o inesperado que afecte su condición de salud a un nivel tal, que no le permita trabajar o desenvolverse en las actividades de la vida diaria. De acuerdo a lo anterior, en el caso tenía una enfermedad de Parkinson previa, que pese a los avances de la medicina, lleva con el tiempo a una invalidez, es decir, se trata de un riesgo corrido, es decir, no había nada que asegurar, pues era un siniestro previsto, que no es la esencia de los seguros Privados, como el que estamos viendo.

En base a lo anterior, la Compañía debía rechazar el siniestro, pues no se cumplía el primer requisito antes mencionado, de que la enfermedad se inició

«RIT»

Foja: 1

antes de la vigencia del seguro, y que además al omitir la preexistencia en la DPS Declaración Personal de Salud, alteró la apreciación del riesgo de la Compañía, y que de haber conocido este antecedente, hubiera excluido la enfermedad de Parkinson, como impedimento para acceder al beneficio de Invalidez.

Contrainterrogado en cuanto a si conoce a don Alejandro Amador Flores Martínez. Respondió que no, no que recuerde.

Respecto a si conoce la enfermedad que aqueja a don Alejandro Amador Flores Martínez. Respondió que la enfermedad de Parkinson que está informada en el Acta de Invalidez, que hizo llegar el asegurado, producto del seguro de invalidez.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad muy conocida en la práctica de la medicina, y por lo tanto, cualquier médico con formación en alguna de las Universidades chilenas, la puede detectar precozmente, y hoy día esta enfermedad se encuentra cubierta por el GES, por lo cual cualquier médico que detecta esta enfermedad debe notificar al GES de esta enfermedad, para que confirmen el diagnóstico.

La enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica que en los últimos años ha ido mejorando bastante su pronóstico, y esto ha prolongado el período de vida útil del portador de esta enfermedad, posponiendo la caída en invalidez y mejorando su sobre vida, por lo cual habitualmente deben pasar de 4 a 5 años después de iniciados los tratamientos, para que recién presenten algunos impedimentos o incapacidades para ser sometidos a calificación de invalidez por la Comisión Médica Regional de A.F.P.

En relación a como tomó conocimiento de la enfermedad que aqueja a don Alejandro Amador Flores Martínez. Respondió que el primer conocimiento ocurre al momento de la presentación y análisis del siniestro del señor Flores, es ese el antecedente inicial sobre el conocimiento del caso.

En cuanto a si ha accedido a alguna Ficha clínica, examen o diagnóstico de don Alejandro Amador Flores Martínez. Respondió que una vez llegados los antecedentes del siniestro, con la descripción realizada en el relato del Acta, era evidente la preexistencia, sin embargo, como principio de Buena Fe y Justicia, solicitaron el historial de prestaciones, los Informes Médicos Tratantes, y Ficha Clínica, y estos nunca llegaron, sin embargo, ante la no llegada de los antecedentes requeridos, y dado que el relato del Acta de Invalidez, y como lo detalló anteriormente, debe ser veraz y objetivable, entonces resolvieron con el Acta de Invalidez.

«RIT»

Foja: 1

El Acta de invalidez se redacta por tres médicos que actúan en la Comisión Médica Regional, todos con vasta experiencia en calificación de invalidez, donde además hay un especialista en la materia, y el Informe es una redacción en consenso de todos los miembros de la Comisión. El relato resulta del examen clínico realizado al asegurado y del análisis de Informes Médicos Tratantes, y Fichas Clínicas, que son las más objetivas, además de los exámenes diagnósticos respectivos. Para que la Comisión califique a un asegurado, esos antecedentes deben haber demostrado que esta enfermedad en particular, debe haber demostrado objetivamente el fracaso de la terapia realizada durante el último año.

Lo último que explica, significa que esta enfermedad una vez diagnosticada debe ser tratada por especialistas, y una vez que el tratamiento comienza a fracasar, después de un año, recién será aceptada por la Comisión Médica Regional para evaluar su incapacidad.

Respecto a si tuvo a la vista un diagnóstico fehaciente de Parkinson de don Alejandro Amador Flores Martínez, anterior al día 17 de julio de 2017. Respondió que el antecedente de diagnóstico de enfermedad de Parkinson está reflejado en el relato del Acta de Invalidez del día 04 de diciembre de 2018, y habla de enfermedad de Parkinson hace 5 años, eso es anterior al 2017.

En relación a si conoce la fecha de diagnóstico de Parkinson de don Alejandro Amador Flores Martínez. Respondió que sólo el antecedente de 5 años antes, al 04 de diciembre de 2018, informado en el Acta de invalidez.

SEPTIMO: Que, el objeto del presente juicio es determinar si ha existido incumplimiento por parte de la demandada al no haber otorgado cobertura respecto del siniestro -invalidez- denunciado por el actor, fundado en que la enfermedad de Parkinson que motiva dicha invalidez, es un preexistencia, no cubierta por la póliza.

OCTAVO: Que, al efecto se fijaron los siguientes hechos substanciales, pertinentes y controvertidos:

1° La existencia de la obligación demandada; en la afirmativa, naturaleza y monto de la obligación.

2° Si el demandado dio cumplimiento íntegro a sus obligaciones emanadas del contrato.

3° Época en la cual el demandante de autos, don ALEJANDRO AMADOR FLORES MARTÍNEZ, fue diagnosticado de la enfermedad de Parkinson.

4° Existencia, naturaleza y monto de los perjuicios sufridos por los demandantes.

«RIT»

Foja: 1

NOVENO: Que, sobre la base de la prueba rendida por ambas partes, se tienen por acreditados los siguientes hechos:

1. Que las partes celebraron los contratos de seguro denominados "PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO DE VIDA" N° de Pólizas 101-5434 y 101-3827 (Condiciones Particulares) y POL2200131675 y código CAD 220131678 (Condiciones Generales), que -en lo que interesa- cubren la invalidez.
2. Que las pólizas tenían fecha de vigencia entre el 18 de julio de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2018.
3. Que con fecha 4 de diciembre de 2018, se dictó por la Comisión Médica Regional, la invalidez total definitiva del actor, por un menoscabo laboral de 80%, a contar del 7 de noviembre de 2018, quedando ejecutoriado el 5 de enero de 2019.
4. Que dicho dictamen señala: *"Enfermedad de Parkinson hace 5 años"*.
5. Que tras la emisión de dicho dictamen, el demandante presentó los antecedentes a la compañía de seguro para ser indemnizado.
6. Que con fecha 19 de marzo de 2019, se emitieron cartas por ambas pólizas, de la demandada a doña Claudia Sobarzo, "analista de remuneraciones", de AFP Capital y de Sura Servicios Profesionales S.A., informando el rechazo de la cobertura del siniestro, en razón de la preexistencia de la enfermedad, con timbre de recepción de 20 de marzo de 2019.
7. Que con fecha 4 de abril de 2019, el actor impugnó dicho rechazó.
8. Que con fecha 22 de agosto de 2019, la demandada informó que decidió cambiar el estado de los siniestros, de rechazados a pendientes, a la espera de mayores antecedentes por el actor.

DECIMO: Que, el artículo 512 del Código de Comercio establece en lo pertinente que: *"Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufre el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas."*

Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo [...]"

El artículo 524 de dicho cuerpo legal refiere: *"Obligaciones del asegurado. El asegurado estará obligado a: [...]"*

1º. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; [...]"

Por su parte, lo que atañe del artículo 529 del mismo estatuto expresa: *"Obligaciones del asegurador. Además de la contemplada en el artículo 519, el"*

«RIT»

Foja: 1

asegurador contrae las siguientes obligaciones: [...] 2) Indemnizar el siniestro cubierto por la póliza”

Finalmente, el artículo 531 del ya referido estatuto mercantil, declaran, respectivamente: *“Art 531. Siniestro. Presunción de cobertura y excepciones. El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador.*

El asegurador puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley”

UNDECIMO: Que, resulta necesario establecer que el mencionado artículo 531 del estatuto mercantil dispone una presunción en orden a que la compañía aseguradora debe responder por el siniestro de que se trate.

Sin embargo, atendida la naturaleza de aquélla, resulta posible que la aseguradora acredite que el siniestro ha ocurrido por un hecho que no lo constituye en responsable, atendido el contrato o la ley.

DUODECIMO: Que, la aseguradora fundó el rechazo del pago del siniestro, fundada en el artículo 3° Exclusiones letra c) de la CAD 220131678, que establece: *“Además de las exclusiones señaladas en el artículo 6° de las Condiciones Generales de la póliza principal, la presente Cláusula Adicional excluye de su cobertura la invalidez permanente dos tercios de un Asegurado que ocurra a consecuencia de: [...]*

c) Situaciones, dolencias o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de la contratación de la cobertura de esta Cláusula Adicional.”

Asimismo, misma clausula se menciona en las condiciones particulares de ambas pólizas contratadas, en su artículo 3° Exclusiones, letra c).

DECIMO TERCERO: Que la compañía aseguradora sostiene la exclusión de cobertura del siniestro en el Dictamen de la Comisión Médica Regional de fecha 4 de diciembre de 2018, que señaló que la enfermedad de Parkinson del actor *era de hace 5 años*, esto es, anterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro (18 de julio de 2017).

Sin embargo, conforme se refiere en el documento singularizado bajo el numeral 23 del considerando quinto de la presente sentencia, *“(...) sólo podrán considerarse preexistencias aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrate a su favor (...)*”; de modo que la calificación de “preexistente” de una determinada enfermedad supone un *diagnóstico médico previo*; o el hecho *que la dolencia haya sido conocida por el asegurado, todo con anterioridad al inicio de la cobertura*. Es una manifestación del principio de la buena fe imperante para ambas partes del contrato.

DECIMO CUARTO: Que sobre la base de lo dicho, lo expresado en el dictamen antes mencionado, no constituye motivo suficiente para calificar como

«RIT»

Foja: 1

preexistente la enfermedad que padece el actor y que, a partir de ello, la demandada no cubra el siniestro, desde el momento que por sí solo no satisface la exigencia de “diagnóstico médico previo” o “conocimiento previo del asegurado”, máxime si no existe ningún otro documento médico -certificado o informe- que lo apoye y, en su caso, reitere que la enfermedad en cuestión es de hace 5 años.

DECIMO QUINTO: Que, por otro lado, de las respuestas de la Comisión Médica Regional y de la Superintendencia de Pensiones, se advierte un “Certificado de Antecedentes Médico de Invalidez” de 7 de noviembre de 2018, ingresado con dicha fecha en la AFP Capital y recibido por la Superintendencia de Pensiones el 12 de noviembre de 2018, donde se consigna que la enfermedad se inició en “Enero de 2017” y lleva en desarrollo “1 año y 11 meses”, firmado y timbrado por el médico neurólogo don Humberto García del Centro Médico Megasalud.

A su vez, en la respuesta de la Comisión Médica Regional, se advierte otro documento, emanado del mismo médico referido precedentemente, de 6 de diciembre de 2018, que señala que la enfermedad se diagnosticó en abril de 2018.

DECIMO SEXTO: Que en el libelo pretensor se afirma que la primera consulta que realizó el demandante por molestias en su mano izquierda, fue en octubre de 2017, y apreciados los documentos acompañados por el actor, singularizados con los numerales 10 a 15 del motivo quinto, se puede concluir que la fecha de diagnóstico de la enfermedad de Parkinson fue en abril de 2018, por lo que no resulta procedente considerar otras fechas de diagnóstico como aquella consignada en el Dictamen de la Comisión Médica Regional y en el “Certificado de Antecedentes Médico de Invalidez”.

DECIMO SEPTIMO: Que a juicio de este sentenciador, la conclusión a la que se arribó adquiere mayor fuerza, al apreciar que la demandada no ha acreditado fehacientemente la efectividad de que el actor fue diagnosticado de Parkinson con anterioridad a la entrada en vigencia del seguro de vida, esto es, al menos desde el 7 de noviembre de 2013, como se señaló en el libelo de descargos, basando solo su decisión en el dictamen ya citado e incluso, reabriendo el proceso de liquidación a fin de recibir mayores antecedentes, y por el contrario, el demandante acreditó ampliamente que su enfermedad no es preexistente.

Finalmente, y a mayor abundamiento, la respuesta de la Isapre Consalud respecto del historial de prestaciones médicas del demandante que va desde el 15 de mayo de 2017 al 27 de abril de 2022, período de permanencia del mismo en dicha Isapre, no da cuenta de atenciones por la patología en cuestión anteriores a la entrada en vigencia del seguro de vida, a saber, el 18 de julio de 2017.

«RIT»

Foja: 1

DECIMO OCTAVO: Que por lo anteriormente establecido, a la época en que el actor fue diagnosticado de la enfermedad de Parkinson -abril de 2018- la demandada se encontraba obligada a otorgar la respectiva cobertura del siniestro, de modo que al negar el pago de la indemnización, en razón de una supuesta preexistencia de la enfermedad, incumplió su obligación contractual, mientras que el demandante dio cumplimiento íntegro a sus obligaciones -lo que no se encuentra discutido- razón por la que se accederá a la demanda y se ordenará el pago de los montos de indemnización consignados en las pólizas, según se dirá en lo resolutivo.

DECIMO NOVENO: Que en relación con la solicitud de pago de un monto a título de indemnización de perjuicios por daño moral, resulta necesario establecer que conforme lo establece la doctrina, la indemnización de perjuicios en esta sede puede constituir un cumplimiento por equivalencia ante el incumplimiento total, imperfecto o moratorio de la obligación; o tener un fin reparatorio de los perjuicios ocasionados por la infracción contractual.

VIGESIMO: Que según refieren Cárdenas y Reveco en “Remedios Contractuales. Cláusulas, acciones y otros mecanismos de tutela del crédito”, la Excma. Corte Suprema en “Lyon Amand con Thompson” (2014), expresó: *“la acción indemnizatoria pretendida por el actor; en el estatuto de la responsabilidad contractual, consiste en la sujeción a la función impuesta a un ilícito contractual, consistente en la reparación de los perjuicios ocasionados a otro por la infracción de una obligación o relación jurídica preestablecida”*. Asimismo en “Wagemann con Vidal Garcia Huidobro” (2011) refirió *“[...] La indemnización de perjuicios ha sido concebida sobre la base de varios fundamentos. En palabras de don René Abeliuk Manasevich: a) Es el principal medio establecido por la organización jurídica a fin de que el lesionado obtenga su resarcimiento en todos aquellos casos en que la protección del Estado es importante para obtener el cumplimiento del mismo; b) Constituye una sanción civil al acto ilícito, violatorio de la norma jurídica, que lleva envuelto el incumplimiento y, c) La indemnización de perjuicios tiende por ello mismo a forzar al deudor a cumplir”* Finalmente, en “Vildoso Robles Yasmin y Otra con Villamal Espinosa Gladys y otros” (2015), el máximo tribunal señaló: *“[...] en lo que respecta al daño, la responsabilidad civil supone la concurrencia del daño y tiene por objeto, precisamente resarcir este efecto, de modo de compensar a la víctima del incumplimiento, el menoscabo y privación patrimonial que se sigue de la infracción de la conducta debida. En materia contractual, el daño se encuentra circunscrito por la ley al menoscabo efectivo experimentado por el patrimonio del acreedor, a las ganancias y utilidades que pudieron devengarse a su favor y que causalmente el incumplimiento no hizo*

«RIT»

Foja: 1

posible obtener y al menoscabo extrapatrimonial o moral que en ciertos casos se sigue del incumplimiento, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 1556, 1558 y 1559 del Código Civil"

VIGESIMO PRIMERO: Que, en el caso concreto, la pretensión del actor es que se les repare el daño generado por el daño emocional que la falta de cobertura le ha generado, considerando que cada tarde sufre el desvanecimiento de los efectos del medicamento que controla el Parkinson y volver cada día a un estado de invalidez, y sobre todo tener conciencia que progresivamente el efecto del medicamento será menor; saber que el procedimiento de cirugía se vuelve imposible ante la negativa de pago, todo ello le ha significado un deterioro desastroso en su calidad de vida, como afirma.

De lo anterior se sigue que la indemnización de perjuicios tiene un fin reparatorio.

VIGESIMO SEGUNDO: Que en estos autos no existen antecedentes probatorios que permitan tener por establecido el daño moral alegado por el actor, por lo que al no satisfacerse este elemento, la pretensión que se revisa no podrá prosperar.

VIGESIMO TERCERO: Que en cuanto a la solicitud de pago de intereses, siendo el presente juicio de cumplimiento forzado de contrato, habiéndose declarado la procedencia de dicha pretensión, en los términos indicados en el considerando décimo octavo de la presente sentencia y no encontrándose estipulado el pago de intereses, de acuerdo a lo pactado en el artículo 22 de las Condiciones Generales que indica: *"ARTICULO 22: MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO*

El capital asegurado y el monto de la prima se expresaran en unidades de fomento u otra unidad reajutable autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros, que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza.

El valor de la unidad de fomento o de la unidad reajutable señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, que se considerara para el pago de primas e indemnizaciones, será el vigente al momento del pago efectivo de las mismas.

Si la moneda o unidad estipulada dejara de existir, se aplicara en su lugar aquella que oficialmente la reemplace, a menos que el contratante no aceptase la nueva unidad y lo comunicase así a la Compañía Aseguradora dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación que esta le hiciese sobre el cambio de unidad, en cuyo caso se producirá la terminación anticipada del contrato.", se desestimará dicha petición, según se dirá en lo resolutive.

VIGESIMO CUARTO: Que apreciada la restante prueba rendida por las partes, no logra desvirtuar lo ya establecido.

«RIT»

Foja: 1

VIGESIMO QUINTO: Que, resta expresar que incumbe probar la existencia de las obligaciones o su extinción a quien alega aquéllas o ésta, conforme lo dispone el artículo 1698 del Código Civil.

Por estas consideraciones y visto además, lo dispuesto en los artículos 1, 144, 160, 154, 170, 254 y siguientes, 342, 346 y 356 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 1489, 1545, 1546, 1556 y 1698 del Código Civil, 512, 524, 529 y 531 del Código de Comercio, **se declara:**

- I. Que **se rechaza** la tacha opuesta al testigo don Juan Antonio Cataldo Acuña
- II. Que **se acoge parcialmente** la demanda deducida y, en consecuencia, se ordena a la demandada cumplir con los contratos de seguros que dan cuenta las pólizas número 5434 y 3827, emitidas por la demandada Seguros de Vida Sura S.A. y se la condena a pagar al demandante don Alejandro Flores Martínez la suma de 2.500 (dos mil quinientas) unidades de fomento, por ambas pólizas, en su equivalente en pesos moneda nacional a la fecha de su pago efectivo; y se rechaza en lo demás.
- III. Que no se condena en costas a la demandada, por no haber sido totalmente vencida.

Regístrese y Notifíquese.

PRONUNCIADA POR RICARDO HUMBERTO CORTES CORTES, JUEZ TITULAR.

AUTORIZA, DOÑA ANA LORETO GREZ BECKER, SECRETARIA SUBROGANTE.

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