

13 266-a 233

JP

289 a 294

Fotocopias
autografiadas,
Mamá Orgullosos

Nº _____

Materia

SEGUNDO

JUEZ ARBITRO

SECRETARIO ACTUARIO

Don Mauricio Izquierdo Pérez INELIE DURAN MADINA

NOMBRES DE LAS PARTES

OJE: PERLWITZ Ríos Mariano Acevedo

Dra: LA INTERAMERICANA GUARDIA DE FRONTERAS DE VIGO S.A.

Apoderado OJE: ANTONIO MUÑOZ BONET (FJ 82)

Dra: EDUARDO MARCOS FERNANDEZ (FJ 23)

STEPHAN LÜHRKAMP ENRIQUE (FJ 11)

CLAUDIA VERGARA BURGOS (FJ 28)

Fecha iniciación 26 de ENERO de 2010,

C- 2888-12

CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO

Nº ING : CMI-2888-2012

Nº Tomo : 0001

FECHA : 04/05/2012 HORA: 10:58 (CASTGCVM)

RECURSO : Civil-contrato

ROL :

TRIBUNAL :



01028882012000190

226

anexos
remitidos

MATERIA : JUICIO ARBITRAL (Seguro, Indemnización de Perjuicios).

Santiago de Chile, miércoles 30 de noviembre de 2011.-

VISTOS:

Que a fojas 19 de autos, consta la aceptación del cargo de este Juez Arbitro el 20 de enero de 2010.

A fojas 20 resolución del Juez Arbitro citando a las partes a una audiencia, debidamente notificada a las partes.

A fojas 30 y siguientes, con fecha 19 de mayo de 2010, se efectuó comparendo donde se determinaron las bases del procedimiento de autos, con la comparecencia de la demandante y de la demandada.

Que, a fojas 82 se ha presentado don Marcelo Alejandro Perlwitz Ríos, chileno, factor de comercio, casado, con domicilio en Teatinos 371, oficina 402, comuna de Santiago, quien interpone demanda de indemnización de perjuicios en contra de La Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., sociedad del giro de su denominación, siendo su gerente general don Eduardo Bustamante Castagnola, ambos representados convencionalmente por don Claudio Feller Schleyer, abogado, todos con domicilio para estos efectos en calle Magdalena 140, comuna de Las Condes y solicita:

- a) Que la demandada debe de reembolsarle todos y cada uno de los gastos médicos, hospitalarios y farmacéuticos incurridos en la intervención quirúrgica de doña María Paz Perlwitz Villarroel, al tenor de lo expresamente acordado en el contrato que da cuenta la Póliza N° 4091999, vigente desde el 15 de julio del año 2007 y que se encuentran cobrados a la demandada desde el 14 de enero de 2009.
- b) Que se declare que su parte obró de buena fe, declarando que los actos realizados por parte de la demandante fueron arbitrarios y que jamás la enfermedad fue diagnosticada.
- c) La efectividad de los daños y como consecuencia directa de los mismos los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se demandan.
- d) Que los daños son una consecuencia directa e inmediata del actuar de la demandada al rechazar el pago por reembolso.
- e) Que la demandada está obligada a pagar por concepto de daño emergente la suma de \$ 8.603.674.-
- f) Que la demandada está obligada a pagar la suma de \$ 700.000.- por concepto de lucro cesante.
- g) Que la demandada está obligada a pagar por concepto de daño moral la suma de \$ 1.000.000 o la cantidad que prudencialmente se sirva fijar por el juez árbitro.

MAURICIO IZQUIERDO PAEZ
JUEZ ARBITRO



- 227
*despacho
en cumplimiento*
- h) Que las sumas requeridas y a las cuales sea condenada la demandada se reajustarán y devengarán intereses desde la notificación de la demanda hasta su pago efectivo y total.
 - i) Que la demandada deberá pagar las costas de la causa.

A fojas 93 don Eduardo Marchi Fernández, abogado, por la Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., contesta la demanda solicitando su rechazo en todas sus partes, con expresa condena en costas; puesto que la indemnización de perjuicios no se puede exigir en forma separada de la acción de cumplimiento o resolución de contrato y porque la enfermedad que motiva el rechazo de la solicitud de reembolso por el actor, tiene el carácter de preexistente por cuanto el señor Perlwitz incurrió en omisiones acerca del verdadero estado de salud de su hija María Paz Perlwitz Villarroel y porque el incumplimiento contractual es inexistente.

A fojas 101 la demandante evaca el trámite de la réplica.

A fojas 105 la demandada evaca el trámite de la dúplica.

A fojas 112, se lleva a efecto la audiencia de conciliación, la cual no se produce.

A fojas 117 y 118 se recibió la causa a prueba fijándose los hechos sobre los cuales esta deberá recaer y rotando en autos prueba documental de ambas partes y testimonial de ambas partes, confesional provocada por la demandada y exhibición de documentos solicitada por la demandante.

A fojas 217 se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que don Marcelo Alejandro Perlwitz Ríos interpuso demanda de indemnización de perjuicios en contra de La Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., la que funda en que esta se negó en forma absolutamente arbitraria a pagarle el reembolso de los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios que debía pagar en virtud de la contratación de la póliza N° 419199 sobre accidentes personales, suscrita con fecha 15 de julio de 2007, respecto de una intervención quirúrgica que se le efectuó a su hija María Paz Perlwitz Villarroel.

Señala que, con fecha 11 de julio de 2007, suscribió una propuesta de seguros con la sociedad la Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., contratando la póliza n° 4091999 para el compareciente y su grupo familiar y por la cual la demandada se obligaba a reembolsarle un porcentaje pactado por los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios, incurridos por el asegurado que proviniesen de enfermedades o accidentes de acuerdo a las Condiciones Particulares relativas a dicha póliza.



228
de acuerdo
verificado

Al momento de suscribir la póliza, 11 de julio de 2007, efectuó una declaración de salud que le fue requerida por la Compañía a fin de consignar en ella todas las enfermedades existentes a dicha fecha y que le afectasen a él y/o su grupo familiar, informando que su grupo familiar gozaba de buena salud a excepción de una de sus hijas que se encontraba afectada por una posible epilepsia en tratamiento, razón por la cual ella no fue aceptada por la Compañía como asegurada. Que aún así aceptó el Contrato de Seguro y el 15 de julio de 2007 fue aceptada su proposición y se le remitió la póliza que amparaba lo solicitado.

Que, el 14 de enero de 2009 al amparo de la Póliza presentó a la compañía aseguradora los antecedentes necesarios para el cobro del beneficio de cobertura de gastos médicos mayores, relacionados con la intervención quirúrgica realizada a su hija María Paz Perlitz Villarroel con fecha 13 de noviembre de 2008 por una escoliosis idiopática. Que el 19 de enero se le solicitaron antecedentes dentro del proceso de evaluación y liquidación los cuales entregó el 22 de enero de 2009. De este examen se concluyó por la demandada que existían antecedentes, exámenes y consultas médicas anteriores a la fecha de la contratación de la póliza las que guardarian relación con la dolencia que motivó la operación de su hija.

Que, conforme a ello la demandada mediante carta de fecha 2 de febrero de 2009 le comunicó que no era posible acoger la solicitud de reembolso de gasto médico de fecha 14 de enero de 2009, porque según información médica recepcionada por la Compañía, la enfermedad fue diagnosticada antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Que su parte ha actuado de buena fe y la enfermedad nunca pudo ser conocida por el suscrito, ya que no existía al momento de la suscripción del contrato; la información entregada fue completa y veraz; no se mintió ni se omitió nada respecto de lo que se le preguntaba e incluso sus declaraciones de salud impidieron que su otra hija fuera beneficiaria, por presentar una probable enfermedad.

Por último, señala que la Isapre Consalud cubrió en su totalidad los gastos de la operación de su hija de acuerdo al plan contratado y no hizo al momento de la contratación ni al momento del pago de las coberturas existentes, objeción alguna respecto de la enfermedad de su hija, toda vez que dicha institución de salud entendió que la enfermedad por la cual se operó, no existía al momento de suscribir el contrato previsional de salud.



225
Anexo
nº 10

SEGUNDO: Que don Marcelo Alejandro Perlwitz Ríos contrató con la Compañía de Seguros Interamericana una Póliza de Accidentes Personales con fecha 15 de julio de 2007 y que se materializó en la Póliza N° 4091999, agregada de fojas 33 a 55 de autos; y en que el asegurado es él y su grupo familiar, según nómina, con Coberturas de Reembolso Gasto Médico Mayor con un capital asegurado de UF 35.000 y una prima mensual de UF 1,15; y Enfermedades graves (Pol 306008) con un capital asegurado de UF 450 y una prima mensual de UF 0,22, encontrándose dentro de la nómina de asegurados, su hija María Paz Perlwitz Villarroel.

TERCERO: Que el hecho que motiva la reclamación del actor, es el incumplimiento en que habría incurrido la Compañía Aseguradora demandada, al rechazar el beneficio bajo la Póliza 4091999/0, cobertura Gasto Médico Mayor por la enfermedad de su hija María Paz Perlwitz Villarroel, aduciendo que posterior al análisis de la documentación presentada no resulta posible acoger la solicitud, puesto que "según información médica recepcionada por la compañía, la enfermedad fue diagnosticada antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza", lo que consta de la carta de fecha 2 de febrero de 2009 suscrita por don Víctor Ortiz Méndez, Supervisor de Beneficios Vida de Interamericana Cia. Seguros de Vida S.A. y la cual figura agregada a fojas 56.

CUARTO: Que el beneficio solicitado por el actor al amparo de la Póliza individualizada tiene su origen en la intervención quirúrgica efectuada el 13 de noviembre de 2008 a la hija del asegurado doña María Paz Perlwitz Villarroel, por una escoliosis idiopática; que es una deformidad lateral de la columna progresiva con rotación de los cuerpos vertebrales y que no puede ser autocorregida por el paciente.

QUINTO: Que el historial previo a la intervención quirúrgica está resumido a fojas 57 en el Informe Médico emitido el 21 de enero de 2009 por el Dr. Jorge Bächler M., Especialista tratante; quien señala la siguiente cronología de atención de María Paz Perlwitz Villarroel:

- a) El 4 de agosto de 2005, le fue llevada a un control médico ya que su hermana Macarena, padecía de una escoliosis severa que requirió tratamiento quirúrgico. En ese examen no se encontraron signos de Escoliosis. La madre le había tomado una radiografía de columna completa que no demostró Escoliosis. Se le indicó control médico en un año.
- b) En diciembre de 2006, la controla de nuevo y en el examen físico se detecta una Disimetría Izquierda, por ello se pidió una radiografía de columna que no demostró una Escoliosis, pero sí una disimetría de lado izquierdo. Se indicó una plantilla suple de 7 mm., al lado izquierdo.



*anexo
firmado*

- c) En octubre de 2007 se controla de nuevo, se había tornado una radiografía de columna; el examen físico demuestra una Escoliosis leve que medida en la radiografía con el método de Cobb da 25° de deformidad. Por sus antecedentes familiares se decide la indicación de un Corsé de Milwaukee, el cual lo comenzó a usar el mismo mes.
- d) Continua controlándose cada tres a cuatro meses, manteniendo una curva que no sobrepasaba los 25° con el corsé colocado.
- e) En julio 2008, comienza a presentar dolor dorsal en el examen físico de la Escoliosis parecía más grave y se controla con radiografía de columna la medición de da una curva de 30 grados; a pesar del uso del corsé y kinesiterapia la curva continua empeorando llegando en noviembre de 2008 a agravarse hasta los 47 grados. Se plantea una corrección quirúrgica con implantes lo que es aceptado por la paciente y los padres.
- f) La cirugía se efectúa el 13 de noviembre de 2008 y se realiza una artrodesis y corrección con implantes. El post operatorio transcurrió sin inconvenientes y su evolución posterior fue impecable, quedando con una curva escoliotica de apenas 8 grados. A la fecha del informe se encuentra muy bien con cicatriz dorsal media sana y con giba costal apenas perceptible, sin dolores.

SEXTO: Que este informe es complementado con la declaración testimonial prestada por este médico de fojas 170 a 174, quien ratifica que María Paz Perlitz Villarroel no tenía preexistencia, porque la examinó y la ve desde agosto de 2005 y en su carácter de médico traumatólogo, experto en columna, le tomó una radiografía porque la mamá estaba preocupada y quería saber si existía alguna patología. A esa fecha estaba ortopédicamente sana. A diciembre de 2006 el examen físico demostró que había una disimetría, una pierna más corta y que la radiografía demostró que no había escoliosis. Que el testigo concluye, en su calidad de especialista, que esta enfermedad se puede declarar en octubre de 2007, cuando pasó más de 20 grados la disimetría y allí se puede hablar de una escoliosis.

SEPTIMO: Que al tenor de los hechos descritos, permite establecer que el control de la menor se debió a antecedentes familiares (su hermana padecía de una escoliosis severa) y la enfermedad cuestionada por la demandada, a través del procedimiento quirúrgico en que esta terminó, no existía a la fecha en que se contrató la póliza de seguro; no podía haber sido diagnosticada antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y ello es tan determinante que no puede considerarse como "enfermedad preexistente", puesto que al tenor de la definición que efectúa la póliza en el artículo 4º N° 4, esta lesión, enfermedad o dolencia que afectó a la hija del asegurado, no era conocida, ni fue diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura (15 de julio de 2007).



231
dr. carlos
pinto
7/11/09

OCTAVO: Que el informe que evaca el Dr. José Miguel Castellón L., el 16 de febrero de 2009, agregado a fojas 160 y 161, y que sirve de antecedente a la demandada para fundamentar su negativa a otorgar la cobertura del seguro, indica como antecedentes previos a la contratación de la póliza la consulta médica de 4 de agosto de 2005 y el diagnóstico del mes de diciembre de 2006 que detecta la dismetría izquierda, lo que ratifica en su testimonial de fojas 175 y 176, que complementa señalando que existe un conjunto de prestaciones otorgadas por un médico especialista y una serie de exámenes y atenciones kinesiológicas, que son específicos para este tipo de patología que se está evaluando y tratando y que el hecho de ser repetidos habla de una condición que se está controlando. Además, a su informe le agrega las trece prestaciones de salud a través de la Isapre Consalud desde el 1 de marzo de 2005, referidas a consultas médicas, radiografías, entrenamiento ergonómico, evaluación kinesiológica, reeducación motriz; todas anteriores a la vigencia de cobertura del seguro y las cuales son coincidentes con la exhibición de documentos efectuada de fojas 200 a fojas 213 y, referidas a las prestaciones médicas de la Isapre Consalud y a las Fichas Médicas del médico tratante en la Clínica Tabancurá. Respecto de estas últimas, y con fecha 23 de diciembre de 2006, señala Escoliosis con Disimetría de 7 mm. y que cotejada con el informe del médico tratante, este indica el descarte de la escoliosis, no así de la dismetría en 7 mm.

NOVENO: Que, estos antecedentes no permiten formar la convicción acabada de la existencia de una determinada enfermedad previa a la contratación del seguro, que le otorgue al conjunto de antecedentes médicos previos de la hija del asegurado, el carácter de preexistente; siendo más acorde el hecho que los exámenes tenían un carácter preventivo, de precaución ante el hecho que su hermana padecía ya de una escoliosis severa, diagnosticada y en tratamiento paliativo; por lo cual se rechazarán en este aspecto las defensas de la demandada.

DECIMO: Que, la absolución de posiciones rendida a fojas 177 y 178 por el actor, a petición de la demandada, es clara para concluir que la madre de María Paz Perlitz Villarroel concurrió con ésta ante el doctor Jorge Bächler Muñoz, y que es el médico que trataba a la otra hija Macarena, quien ya estaba diagnosticada con una escoliosis severa. Que no declaró el hecho de que su hija María Paz estaba siendo atendida por este médico y que sufría de escoliosis, porque a esa fecha no tenía ninguna dolencia y menos una enfermedad a la columna. Agrega que le dio facultades a la Interamericana para que consultara la situación médica de sus aseguradas al contratar la póliza. Niega haber contratado la póliza a sabiendas de que su hija debía ser intervenida a raíz de la dolencia que afectaba su columna.



234
declarado
pintado
? dñ

UNDECIMO: Que todos los antecedentes y declaraciones forman la convicción que el actor actuó de buena fe al momento de contratar la póliza y hace fuerza a su favor, el hecho de señalar los asegurados afectos a cobertura, excluyendo de la cobertura a su hija Macarena; situación que si bien tiene podría tener un componente genético o una predisposición familiar, que invoca el médico informante por la demandada, su existencia no podía ser desconocida por la Aseguradora, quien conforme a las obligaciones y facultades propias de su giro, pudo y debió haber cautelado su interés, con la exigencia de exámenes médicos determinados al grupo familiar, con el objeto de confirmar o descartar la existencia de esta dolencia en otros miembros del grupo familiar que impidieran la cobertura asignada en la Póliza de Seguro; por lo que la alegación de que el actor obró de mala fe en la contratación del seguro será desestimada.

DUODECIMO: Que el actor, por el actuar de la demandada, señala haber sufrido perjuicios, cuya improcedencia invoca la demandada en su contestación, al indicar que ello debe ir con la acción principal de cumplimiento o resolución del contrato de seguro; situación que si bien en la demanda no se expresa, corresponde determinar a este Tribunal Arbitral por cuanto el cobro a título de perjuicios que se exige cabe al tenor de lo pactado en el contrato de seguros y, por el hecho de haber ocurrido una prestación médica mayor, por lo que es del todo evidente que se exige el cumplimiento de contrato y que se hagan efectivas las coberturas contempladas en este; por lo que la excepción de improcedencia invocada por la demandada será desestimada.

DECIMO TERCERO: Que el actor señala haber sufrido a título de daño emergente el perjuicio de \$ 8.603.674.-, más reajustes e intereses, que es el monto no cubierto por la intervención quirúrgica de la asegurada María Paz Perlwitz Villarroel y, siendo ello el propósito de un seguro médico, se accederá a la suma demandada, la que se pagará debidamente reajustada más sus intereses corrientes. Que en cuanto al lucro cesante por la suma de \$700.000.- y no habiéndose acreditado este, se rechazará su pretensión.

DECIMO CUARTO: Que en cuanto al daño moral, entendido como la aflicción sufrida por el actor, por el no pago de la diferencia surgida de los gastos médicos en la intervención quirúrgica de su hija y no cubiertos por la demandada; si bien es un hecho entendible, este no ha sido probado en juicio, por lo que no se accederá a su pretensión.

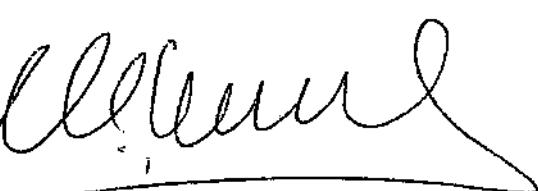
Por las consideraciones antes expuestas y lo que disponen los artículos 1, 144, 160, 170, 254, 342 N° 3, 346 N° 3, 384, 394 y 426 del Código de Procedimiento Civil y artículos 1.545, 1.556, 1.560, 1.698, 1.702, 1.704 y 1.706 del Código Civil, se declara:



- 231
anverso
firmado
7/17
- A) Que se acoge la demanda interpuesta por don Marcelo Alejandro Perlitz Ríos en contra de La Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., ordenándose el cumplimiento por la demandada del Contrato de Seguro, establecido en la póliza N° 4091999 suscrito el 11 de julio de 2007 y debiendo pagar el daño emergente demandado por el actor, más reajustes e intereses corrientes.
- B) Que se rechazan los perjuicios a título de lucro cesante y daño moral.
- C) Que no se condena en costas a la demandada, por no haber sido totalmente vencida.

Notifíquese por cédula y dese copia.

MAURICIO IZQUIERDO PAEZ
JUEZ ARBITRO


DICTADA POR DON MAURICIO IZQUIERDO PAEZ, JUEZ ARBITRO.


AUTORIZA DON IVAN COVARRUBIAS PINOCHET, ACTUARIO.



289
Dra. César Pérez /
pje

Santiago, seis de diciembre de dos mil trece

Vistos

En estos autos arbitrales caratulados Perlitz Ríos Marcelo Alejandro con Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A., fue designado como árbitro don Mauricio Izquierdo Páez y por sentencia de treinta de noviembre de dos mil once, escrita de fojas 226 a 230, se acogió en parte la demanda interpuesta ordenando el cumplimiento del contrato de seguro en la forma que allí se indica.

En contra de dicho fallo la parte demandada dedujo recurso apelación.

Se trajeron los autos en relación a fojas 261.

Y teniendo además presente:

Primero: Que la demandada de autos solicitó la revocación de la sentencia en todas sus partes con costas. Funda su recurso de apelación, en el carácter de preexistente que tendría la enfermedad de la hija del demandante que motivó el rechazo del siniestro por la Compañía de Seguros; explica que de la prueba rendida en el proceso y del marco contractual que los rige, se desprende la reticencia en que incurrió el demandante al llenar la propuesta del seguro que contrató, omitiendo la información sobre el estado de salud de su hija y que la habilita —en estas circunstancias— a rechazar el pago de la indemnización del referido siniestro al actor.

Tercero: Que en primer lugar es necesario establecer, que el seguro ha sido definido por la doctrina en general, como un contrato por el cual el asegurador, mediante la percepción de una prima, se obliga a pagar al asegurado una indemnización, dentro de los límites pactados, siempre que se produzca el evento previsto en el pacto. Ahora bien y en lo pertinente, constituye una de las obligaciones del asegurado, el deber informar al asegurador los antecedentes pertinentes que permitan a éste último determinar y delimitar el riesgo que pretende asegurar, para que una vez acecido el riesgo se pague la indemnización.

Cuarto: Que el contrato de seguro, se encuentra sujeto —como los otros— al principio de buena fe, y son sus elementos característicos, el interés asegurable y la indemnización; considerándose además, la subrogación y la causa inmediata. En lo que dice relación con la buena fe, su aplicación reviste la mayor importancia, por el hecho que el asegurador protege el interés del asegurado, sobre la base de creer en lo que éste le ha expresado en relación a



la naturaleza, alcances y el riesgo que le afecta y a su vez el asegurado lo contrata en el entendido que el asegurador cubrirá los referidos riesgos, en la oportunidad en que estos ocurran.

Quinto: Que constituyen hechos de la causa:

1- Que el demandante 11 de julio de 2007, efectuó una declaración de salud que le fue requerida por la Compañía a fin de consignar las enfermedades existentes a dicha fecha que le afectasen a él y/o a su grupo familiar, indicándoles que era sano, salvo por la enfermedad de una de sus hijas que se encontraba en tratamiento por posible epilepsia.

2- Que sobre la base de la información antes referida, las partes celebraron un contrato de seguro, cuya Póliza es la N° 4091999 Accidentes Personales, vigente desde el 15 de julio de 2007, excluyendo solo a una de las hijas del asegurado, porque se encontraba en tratamiento por una posible epilepsia.

3- El 13 de noviembre de 2008, María Paz Perlitz Villarroel, hija del demandante y que fue incorporada al contrato de salud sub-lite, fue intervenida quirúrgicamente por una escoliosis idiopática, enfermedad lateral de la columna progresiva con rotación de los cuerpos vertebrales y que no puede ser autocorregida por el paciente.

Sexto: Que de lo expuesto, se desprende que la controversia de autos se centra en determinar si la escoliosis idiopática, sufrida por la hija del asegurado, fue diagnosticada en forma previa a la celebración del contrato de seguro pactado por las partes en el año 2007 y que en tal circunstancia transformaría dicha patología, en una enfermedad preexistente no indemnizable por el asegurador.

Séptimo: Que la Excma. Corte Suprema en la causa ingresada bajo el Rol N° 4714-2005, señaló qué debe entenderse por enfermedades diagnosticadas médicaamente, indicando al respecto que: "El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española entiende por diagnosticar: Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos. Por diagnóstico entiende el mismo texto: Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos, y también: Clasificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte...".

Octavo: Que el informe médico de fojas 57, que es ratificado por suscriptor Doctor don Jorge Bachler, traumatólogo de columna vertebral,



) A tu respeto /
✓

fojas 170, da cuenta que los controles clínicos sobre la columna de la niña comenzaron desde el año 2005, a través de una consulta preventiva que hizo la madre, atendido que la hermana de la paciente sufría una severa escoliosis, en dicha oportunidad indica que no encontró nada, por lo que la citó para el año siguiente, en esa oportunidad le realizaron una serie de exámenes determinando la concurrencia de una disimetría y sólo en el mes octubre del año 2007, diagnosticó la enfermedad de escoliosis, precisando que el tratamiento que se le dio en el año 2006 era para la disimetría y no para la columna. Por otra parte el informe médico de fojas 160, ratificado por su suscriptor don José Miguel Castellón Lira, médico internista, a fojas 175, señala – en lo pertinente- que constató de los antecedentes que le proporcionó la demandada, que se hicieron una serie de exámenes repetidos del mismo tipo en fechas distintas, cuya patología era la de escolioosis, señala que es habitual realizar este tipo de controles pero si es normal, "no se vuelve a realizar nunca más" y que el examen de columna total panorámica permite detectar desniveles pélvicos y deformaciones de columna vertebral.

Noveno: Que conforme a los dispuesto en el artículo 384 Nº 3 del Código de Procedimiento Civil, se preferirá el testimonio del testigo de fojas 170, atendido a que se encuentra mejor instruido de los hechos, puesto que no sólo era el médico tratante de la menor, sino que además, cuenta con la especialidad de traumatología en columna, que le permite entregar un testimonio más preciso y certero sobre el estado y evolución de la enfermedad de la niña a diferencia de lo que ocurre con el testigo señor Castellón, quien hace una referencia genérica de los hechos, sobre la base de circunstancias normales, lo que es evidente no ocurre en la especie, de forma que no resulta procedente para esta Corte el cotejo de la cantidad de exámenes médicos que pueden solicitarse a un niño normal con otro que tiene antecedentes familiares de una enfermedad, para concluir "que desde el punto de vista médico se estaba siguiendo y controlando la evaluación de una patología en particular" y por último, dicho testigo no cuenta con la especialidad médica necesaria para un diagnóstico más preciso sobre el punto, según se desprende de fojas 121, donde al individualizarse al testigo se indica que es médico y luego al prestar declaración aclara que es especialista en medicina interna.

Décimo: Que en consecuencia, atendida la naturaleza de la enfermedad –escoliosis idiopática-; los antecedentes familiares de la niña; la



292
Dña Letra novela
AV

edad de la asegurada y el crecimiento normal de los niños que implica la transformación de su cuerpo en forma constante, unido al hecho conocido por la aseguradora en relación al estado de salud de la hermana de la referida niña, permite concluir por esta Corte, que los múltiples exámenes realizados por los padres de la niña desde el año 2005 a la fecha, sobre el estado de su columna constituyó un actuar prudente y natural, que cualquier padre medio realizaría en dichas circunstancias con el objeto de prevenir la aparición eventual – ahora en su otra hija- de una enfermedad similar, por lo que el actor actuó de buena fe al contratar la póliza, ya que no pudo declarar algo que a esa fecha no estaba diagnosticado mediante un diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo (términos que exige el propio seguro en la póliza de enfermedades graves N°8 que se lee a fojas 46).

Undécimo: Que en este contexto y del mérito de la prueba rendida, no se puede colegir de manera alguna que el asegurado, en el referido estado de las cosas, pudo contar con un conocimiento previo sobre la enfermedad que padecía su hija, puesto que a la fecha de celebración del contrato de seguro no existía un diagnóstico sobre dicha enfermedad, como ya se dijo, y que por lo demás, la anotación realizada en la ficha clínica por el médico tratante en el año 2005, en la que se enuncia "mal pronóstico respecto de escoliosis", no permite concluir al lector de manera certa el diagnóstico de la patología, en razón de lo expuesto por el propio médico tratante, por lo que no puede configurarse como un antecedente serio y suficiente para ser considerado ni siquiera como un indicio de presunción, menos en las circunstancias antes descritas y por ende no ha infringido el artículo 9º del contrato de seguro ni puede atribuirsele al demandante que haya incurrido en omisión o reticencia al efectuar las declaraciones sobre el estado de salud de su grupo familiar que permita hacer uso a la Compañía de Seguros de la facultad consagrada en el inciso segundo del citado artículo 9º .

Doce díximo: Que por estas consideraciones, la escoliosis idiopática, sufrida María Paz Perlitz Villarroel, hija del demandante, no fue una dolencia diagnosticada en forma previa a la celebración del contrato de seguro sub-lite, de forma tal que no es una enfermedad preexistente y en consecuencia el asegurador está obligado al pago de la indemnización pactada entre las partes, que se entiende por el pago de la cobertura por haberse dado el siniestro, esto es, una de las enfermedades graves descritas en la cobertura.



*70 ual uacil
U*

Decimotercero: Que, sin perjuicio que la alegación del demandado vertida en su contestación de la demanda, acerca de la improcedencia de entablar una acción de indemnización de perjuicios en forma directa, no fue reiterada en el escrito de apelación, la que discurrió sobre la reticencia del suscriptor del seguro y el carácter de preexistente de la enfermedad de la hija del demandante al tenor de la prueba cuyo mérito analiza, al haber sido formulada en estrados, esta Corte al respecto estima necesario señalar que del tenor de la demanda deducida por el actor, ésta se sustenta en que la Compañía de Seguros de Vida S.A., se negó a reembolsarle los gastos médicos, farmacéuticos y hospitalarios que debía cubrir en virtud de la contratación de la póliza N°4191999 sobre Accidentes Personales, por una intervención quirúrgica a que debió ser sometida su hija María Paz Perlitz, al ser diagnosticada con una enfermedad que quedaba protegida con la cobertura del seguro contratado, violando con su actitud la ley del contrato, es decir, en las argumentaciones del actor subyace la idea de que lo que facilita para solicitar la indemnización de perjuicios es el incumplimiento contractual en que se encontraba la Compañía de Seguros, sin que se haya acreditado por otra parte, que él a su vez hubiese incurrido en una omisión dolosa, esto es, deliberada, al efectuar las declaraciones del estado de salud de su grupo familiar o que hubiese dejado de pagar las primas respectivas.

Decimocuarto: Que asimismo, en estrados se ha invocado por la demandada como prueba de sus alegaciones en cuanto a la omisión deliberada del actor sobre el real estado de salud de su grupo familiar, específicamente de su hija María Paz Perlitz, su propia confesión, al absolver la posición N°5 a fojas 178, pero lo cierto es que para arribar a tal conclusión la demandada divide el mérito de su declaración, contraviniendo el artículo 401 del Código de Procedimiento Civil, pues el contendor no justificó con la prueba rendida en autos, como se dejó consignado en el fallo en alzada y que se confirmará por esta Corte, la falsedad de las circunstancias que, según el confesante, modifican o alteran el hecho confesado. El actor dijo que era efectivo que no declaró a la Interamericana Compañía de Seguros de Visa S.A. el hecho que su hija había sido examinada y tratada por el doctor Bachler Muñoz a contar de 4 de agosto de 2005, pero que no lo hizo porque no tenía ninguna enfermedad y menos una dolencia a la columna a la fecha que hizo tal declaración, lo que aparece corroborado con el mérito de la prueba aportada por su parte.



294

Dra. Mirella
Molle

Decimoquinto: Que así las cosas, y como ya se adelantó en el considerando duodécimo de esta sentencia, la compañía está obligada a pagar la indemnización de perjuicios, que corresponde al monto de dinero que al asegurado no le fue cubierto por su Isapre y por ende se desestimará el recurso de apelación intentado por la demandada.

Por estas consideraciones y, visto además, lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se declara que **SE CONFIRMA** la sentencia apelada de treinta de noviembre de dos mil once, escrita a fojas 226 y siguientes de autos.

Se previene que la Abogada Integrante Sra. Carmen Domínguez Hidalgo concurre al acuerdo, por los motivos antes expuestos, en razón de que la alegación de la demandada de improcedencia de la acción indemnizatoria de forma directa no fue reproducida en su apelación. De este modo, esta Corte no puede pronunciarse sobre ella.

Regístrate y devuélvase

Redacción de la Ministra señora María Teresa Díaz Zamora.

Nº Civil 2888-2012

Mauricio Silva
María Teresa Díaz Zamora

Pronunciada por la Sexta Sala de esta Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Mauricio Silva Cancino e integrada por la Ministra señora María Teresa Díaz Zamora y Abogado Integrante señora Carmen Domínguez Hidalgo.

Autorizado por el (la) ministro de fe de esta Corte de Apelaciones.

En Santiago, a seis de diciembre de dos mil trece, notifiqué en secretaría por el estado diario la sentencia precedente.

CONFORME CON SU ORIGINAL
SANTIAGO, 12 DE DICIEMBRE DE 2013
SECRETARIA



CORTE DE APPELACIONES DE SANTIAGO
Nº ING: 2888-2012 FOLIO: 34964
FECHA: 21/01/2014
LIBRO: CIVIL
HORA: 08:39 CASTGBTR
Escrito / Tengase presente

-298
Dra. del Poder Civil
JLH

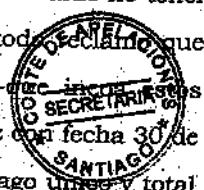
Secretaría : Civil
Ingreso Corte N° : 2888 - 2012

En lo principal, dan cuenta de pago, renuncia de acciones y derechos y finiquito, solicitando archivo de antecedentes; en el primer otrosí, acompañan copias de cheques con recibos; en el segundo otrosí, copias autorizadas.

Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago

Marcelo Alejandro Perlwitz Rios, demandante, asistido por su abogado don Luis Carracedo Aguayo, y Stephan Luhrmann Ortiz, abogado, por la demandada, en autos caratulados "**Perlwitz con La Interamericana Compañía de Seguros de Vida**", originarios del juicio arbitral seguido ante el sr. Árbitro Mauricio Izquierdo Páez, seguidos ante esta Ilma. Corte bajo el Rol N° 2888-2012, a U.S.I. con respeto decimos y damos cuenta de lo siguiente:

- 1.- Con esta fecha Metlife Chile Seguros de Vida S.A. ha procedido a pagar al actor la suma \$11.121.076 (once millones ciento veintiún mil setenta y seis pesos) para cuyos efectos ha procedido a entregar cheque serie DGE número 0404629 238 del Banco Santander Chile por la suma de \$10.249.624.- (diez millones doscientos cuarenta y nueve mil seiscientos veinticuatro pesos) y cheque serie DGE número 0405433 362 del Banco Santander por la suma de \$871.452.- (ochocientos setenta y un mil cuatrocientos cincuenta y dos pesos)
- 2.- Don Marcelo Alejandro Perlwitz Rios, asistido por su abogado apoderado, declara haber recibido, conjuntamente con la firma del presente escrito y a su entera conformidad, dichos documentos manifestando no tener reclamo alguno que formular, y que dicho pago satisface todo reclamo que tenga o pudiere tener por fuente la sentencia definitiva dictada por el juez árbitro sr. Mauricio Izquierdo Páez con fecha 30 de noviembre de 2011, y que satisfactoriamente constituye el pago íntero y total



acordado por las partes necesario para dar cumplimiento a la referida sentencia arbitral respecto de la sumas que en ésta se ordena pagar por concepto de capital, reajustes e intereses.

3.- En consecuencia, don Marcelo Alejandro Perlwitz Ríos, declara y reconoce que el capital ordenado pagar en dicha sentencia arbitral, con sus reajustes e intereses, así como todas las erogaciones, gastos, daños y perjuicios, de todo orden, directos o indirectos, efectivos o potenciales, materiales o morales, resultantes de las diferencias existentes entre las partes respecto del cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones emanadas del contrato de seguro y de la sentencia dictada por el sr. Arbitro Mauricio Izquierdo Páez, han quedado plenamente cubiertos por el pago efectuado en este acto a través de los documentos referidos precedentemente en 1.-

4.- Conforme a lo establecido precedentemente, las partes comparecientes se otorgan el más amplio, completo, total y reciproco finiquito, declarando que nada se adeudan por concepto alguno, respecto de todas las obligaciones o responsabilidades de cualquier orden, incluidas las pecuniarias, que hayan emanado, emanen o puedan emanar del contrato de seguro que vinculó a las partes, así como de la sentencia definitiva dictada por el sr. Arbitro Mauricio Izquierdo Páez.

5.- Don Marcelo Alejandro Perlwitz Ríos, asistido por su apoderado, a mayor abundamiento, renuncia a todos los derechos y acciones civiles, penales, y de cualquier otra índole que la ley le confiera o pueda conferir, en la pretensión de obtener cualquier resarcimiento pecuniario, a título de daño emergente, de lucro cesante o de daño moral con ocasión de los hechos discutidos ante el sr. Arbitro Mauricio Izquierdo Páez y U.S.I., tanto respecto de Metlife Chile Seguros de Vida S.A. -antes denominada La Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.-, como de sus representantes legales, ejecutivos, mandatarios y empleados.



rida
por

a y
sus
s y
les,
las
nes
tro
ago
nte

tes

do
ies
an
as
cie

a
s,
m
io
os
to
ia
s,

POR TANTO,

ROGAMOS A US. ILTMA., tener presente el pago, la renuncia de acciones y derechos y el finiquito amplio precedentemente referidos, ordenando el archivo de los antecedentes.

PRIMER OTROS: Sirvase US. Ilma. tener por acompañadas copias de los cheques girados por la demandada a favor de la actora con constancia de haber sido recibidos por ésta.

SEGUNDO OTROS: Sirvase US. Ilma. disponer se otorguen copias autorizadas a la demandada del presente escrito y de la resolución que en éste recaiga, a su costa.

15830.811-8

695938-76

9785.138-7

ACREDITO CALIDAD DE ABOGADO
Santiago 21 de Octubre de 2000





Foja: 300
Trescientos

C.A. de Santiago

Santiago, veintiocho de enero de dos mil catorce.

A fojas 298: a lo principal: estése al merito de autos; al primer otrosí: téngase por acompañado; al segundo otrosí: como se pide, a costa del solicitante.

NºCivil-2888-2012.

En Santiago, veintiocho de enero de dos mil catorce, autorizo la resolución que antecede, la que se notifica por el estado diario con esta fecha.

CONFORME CON SU ORIGINAL
SANTIAGO, 04 DE FEBRERO DE 2014
SECRETARIA

