

Talca, a veinticinco de agosto de dos mil dieciséis.-

VISTO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: De la Demanda de Cumplimiento Forzado Contractual: En lo principal de su libelo de fojas 53 a 60, el asegurado Juan Elías Tapia Mella interpuso demanda de cumplimiento forzado contractual de pagar las 600 Unidades de Fomento pactada más intereses, reajustes y costas, en contra de la aseguradora “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*”, por los siguientes fundamentos: **Los Hechos:**

1.- Con fecha 17/enero/2005 su representado Juan Tapia Mella contrató un seguro de accidentes por intermedio de la Corredora de Seguros Paris, con la “*Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.*”, que actualmente es “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*”, contrato de póliza N° 78182, que fue incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 92 015, CAL 3 97 028 y CAL 3 01 013; 2.- Ocurre que el 28/febrero/2006 a las 09.00 de la mañana aproximadamente, el asegurado se encontraba en su taller de desabolladuras de automóviles ubicado en calle 18 oriente, realizando una labor de cuadratura de la cabina de un vehículo que estaba reparando, labor que consiste en estirar la carrocería, lo que realizaba con un instrumento hidráulico denominado “*porta power*” que tiene un peso aproximado de 15 kilogramos y que se encontraba en la parte del techo del vehículo.- Señala que el asegurado estaba frente a la rueda trasera en cuclillas y que el “*porta power*” se soltó y cayó en su cabeza con la punta del mismo, lo que le provocó un traumatismo encéfalo craneano con un profundo sangramiento, hemorragia que contuvo con un paño y que acto seguido concurrió al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca donde ingresó a las 10.00 de la mañana retirándose a las 17.40 hrs. sin ser atendido; 3.- Luego de éste accidente, el asegurado se mantuvo postrado en su casa, obviamente sin poder ir a trabajar, siendo asistido por su familia hasta en las cosas más básicas del diario vivir por estar imposibilitado para ello.- Agrega que el día 28/julio/2006 el asegurado se sintió muy mareado por lo que concurrió nuevamente a la urgencia del Hospital Regional de Talca, ingresando a las 13.00 horas.- Siendo las 03.00 a.m. del día siguiente, lo transportaron a su domicilio en ambulancia, pues, se consideró que lo que le pasaba no era de cuidado, situación respecto de la cual discrepó su familia haciendo reclamos posteriores a la Dirección del Hospital, los cuales tuvieron respuesta insatisfactoria mediante Oficio 4022 de 10/agosto/2006 y Oficio 6249 de 16/noviembre/2006.- En razón de lo anterior, su familia tomó la decisión de llevarlo a la Clínica del Maule ese mismo día, donde se le diagnosticó un “*accidente vascular*” que fué consecuencia del accidente sufrido, según da cuenta documento extendido por el médico Hernando Durán Palma de la Clínica del Maule; 4.- La citada Clínica lo derivó al Hospital Regional de Talca, donde ésta vez y atendido a los antecedentes aportados por la Clínica del Maule, lo ingresaron e internaron durante 14 días en urgencia, transcurridos los cuales fué enviado a su domicilio donde estuvo otros meses antes de levantarse; 5.- El 28/septiembre/2006, el asegurado pidió al Instituto de Normalización Previsional la “*certificación y declaración de su grado de invalidez producto del accidente*”, solicitud que fué acogida por dicha institución mediante resolución de 24/febrero/2007 que declaró su invalidez absoluta; 6.- Producto de éstas graves consecuencias, el asegurado concurrió a la empresa aseguradora “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” a fin de hacer efectivo el seguro que contrató, la que rechazó el pago formalmente el 31/agosto/2011 en comunicación dirigida a su domicilio; 7.- En el caso sublite,

estamos en presencia de una relación contractual derivada del contrato suscrito por su parte y la compañía aseguradora, de conformidad a las normas civiles y comerciales que regulan los contratos en general y el contrato de seguro en particular.- 8.- La compañía aseguradora fundamentó su decisión de no prosperar el pago de la suma asegurada, en el hecho de que *“existe una condición preexistente que no deriva del accidente antes expuesto, lo cual dió como resultado el accidente vascular y posterior invalidez”*; 9.- Que, como se demostrará, dicha condición de preexistencia no es tal y todos los daños físicos y psicológicos que llevaron al asegurado Juan Tapia Mella al grado de invalidez en que se encuentra actualmente, tienen origen y fundamento exclusivo en el accidente ya descrito; 10.- No existiendo fundamentación por parte de la aseguradora para no cumplir con su obligación, es que interpone la demanda de cumplimiento forzado del contrato y su respectiva indemnización de los perjuicios causados por el retardo en el cumplimiento de su obligación; 11.- El artículo 1445 del Código Civil expresa que *“todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causales legales”*; 12.- El artículo 1546 del Código Civil señala que *“Los contratos deben ejecutarse de buena fé ...”*, y; 13.- El artículo 1489 del Código Civil dispone que *“En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado.- Pero en tal caso, podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”*.-

De la Demanda de Indemnización de Perjuicios por concepto de Daño Moral: En el primer otrosi del mismo libelo de fojas 53 a 60, el asegurado Juan Tapia Mella también presentó demanda de Indemnización de Perjuicios en contra de la sociedad *“MetLife Chile Seguros de Vida S.A.”* exigiendo el pago de \$ **27.000.000** por concepto de daño moral o la suma que se determine, más intereses, reajustes y costas, por los siguientes fundamentos: 1.- El 17/enero/2005 contrató un seguro de accidente por intermedio de la Corredora de Seguros Paris, con la *“Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.”*, actualmente *“MetLife Chile Seguros de Vida S.A.”*, el cual no ha sido cumplido por la demandada, hechos que para la aplicación práctica del principio de economía procesal dá íntegramente por reproducidos en su totalidad; 2.- Durante todos éstos años, ha dado una larga lucha para exigir los derechos que le asisten y en ella se ha encontrado con la negativa reiterada de la compañía de seguros a pagarle lo que le corresponde, aduciendo éstos, que no existe relación entre el accidente antes referido y el accidente vascular que sufrió con posterioridad, dando una interpretación antojadiza y que, por consiguiente, le evita desembolsar el pago, no obstante ello hay una serie de informes médicos que le dan la razón; 3.- El asegurado Juan Tapia Mella agrega que actualmente se encuentra con un cuadro *“post traumático severo”* producto del accidente, con una invalidez absoluta, cuadro del cual jamás se repuso, hecho que le ha provocado sufrimiento, frustración, dolor, pena, además de un tratamiento largo y doloroso; 4.- Además, su estado anímico se ha empeorado por la actitud asumida por la compañía de seguros, que no le ha otorgado la respuesta ni ayuda necesaria, desentendiéndose completamente de sus obligaciones como pagar las indemnizaciones estipuladas en la prima; dejándole en el más absoluto desamparo y provocando que tenga que embarcarse en un largo y tedioso proceso para exigir sus derechos, de forma tal, que en la última comunicación de la Superintendencia de Valores y Seguros se le recomienda ventilar éste asunto en sede judicial, según documento que agregaremos en la oportunidad procesal

pertinente, documento correspondiente al año 2012; 5.- El accidente tuvo una dimensión económica de una cantidad tal, que todos los hechos descritos se vieron agravados, todo ello, porque siendo el dueño del taller o pequeña empresa de desabolladura de autos, se vió en la imposibilidad de cumplir sus compromisos económicos en general, y muy en particular los relativos a su taller, incluido los del personal que dependía de él; 6.- Al momento del accidente, su núcleo familiar se componía de su cónyuge, sus dos hijas y un nieto y siendo él, la cabeza y único sustento de la familia, su situación familiar se vió agravada por su discapacidad para realizar la labor productiva.- Además, cabe consignar que una de sus hijas se encontraba estudiando en la universidad, lo que hacía más complicada la situación económica y familiar; 7.- Por último, es menester señalar que aunque ni todo el dinero del mundo podría compensar los daños físicos y morales infringidos a su vida como a la de su familia, no es menos cierto, que una indemnización contribuye a mitigar en algo el dolor ocasionado por el lamentable hecho antes descrito: soy padre de familia y de mí dependen mi mujer, hijas y nieto, y; 8.- Que demostrándose en su momento la efectividad de los hechos descritos y que éstos se producen como consecuencia del incumplimiento de la obligación de la compañía aseguradora, por cuanto la contratación del seguro tenía por finalidad, precisamente, el compensar los perjuicios derivados de un accidente como el descrito anteriormente, no cabe más que hacer responsable a la aseguradora “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” no sólo del incumplimiento, sino que, además, de los perjuicios que ese incumplimiento ha provocado a su persona y su grupo familiar.-

SEGUNDO: De la Excepción Perentoria de Prescripción Extintiva de la Acción; de la Contestación de la Demanda de Cumplimiento Forzado Contractual y de la Contestación de la Demanda de Indemnización de Perjuicios por Daño Moral: En lo principal de su libelo de fojas 75 a 84, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” opuso esta excepción perentoria y, en subsidio, contestó ambas demandas, solicitando su íntegro rechazo, con costas, por los siguientes fundamentos: Comentario Preliminar: 1.- En primer término, hace presente que, salvo aquellos hechos que se reconozcan expresamente durante esta presentación, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” niega y controvierte la totalidad de las afirmaciones contenidas en dicha acción; 2.- En segundo lugar, señala que causa profunda extrañeza a su parte el hecho de que el actor hubiese deducido la presente demanda, pues, un somero análisis de los antecedentes involucrados deja en evidencia que el asegurado Juan Tapia Mella intenta cobrar una indemnización que no le corresponde a la luz de la póliza contratada, las codiciones particulares que forman parte integrante de ella y la cobertura que en definitiva ésta brindó al demandante; 3.- En efecto, la póliza contratada por el actor corresponde a un Seguro de Accidentes Personales y, conforme a las condiciones particulares del mismo, otorga cobertura a eventos de fallecimiento accidental e incapacidad total y permanente 2/3 en caso de accidente; 4.- Pues bien, el evento clínico que describe el demandante en su libelo, a saber, un accidente vascular sufrido en julio del año 2006, corresponde a una enfermedad no ocasionada por un accidente en los términos definidos por la póliza.- Luego, sobre esta parte no recae la obligación de dar cobertura al evento que relata el actor en su demanda, pues, éste no contrató un seguro que diese cobertura a enfermedades; 5.- US. se preguntará, entonces, ¿en base a que fundamento es que el demandante pretende se le pague una indemnización

pactada para el caso de muerte accidental o incapacidad total y permanente 2/3 por accidente?.- La respuesta está en el punto 4° de la demanda, en el cual el actor pretende generar un vínculo causal entre un accidente supuestamente sufrido el 28/febrero/2006 y el cuadro clínico (accidente vascular) sufrido cinco meses después.- De ésta forma, si bien es cierto que el accidente vascular podría ser causa de una incapacidad total del demandante, tal condición no corresponde clínicamente a una consecuencia o efecto del primer siniestro, sino que más bien, se explicaría científicamente por condiciones patológicas previas del propio demandante, a quien se le diagnosticó hipertensión, cuadro que es antecedente común de un accidente vascular.- Así de sencillo.- En los párrafos siguientes profundiza en dichos conceptos.- **Breve resumen de la demanda deducida ante el Tribunal Arbitral:** 6.- A efectos de facilitar el análisis de su respuesta, la sociedad “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” efectúa el siguiente resumen de la demanda: a) En cuanto al marco contractual: El actor Juan Tapia Mella señala que el 17/enero/2005 contrató un Seguro de Accidentes Personales, el cual corresponde al Contrato de Póliza N° 78182, incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 92 015, CAL 3 97 028 y CAL 3 01 013; b) En cuanto al siniestro denunciado, el demandante afirma que el 28/febrero/2006 y en circunstancias que trabajaba en cuestiones mecánicas propias de su oficio, sufrió un accidente consistente en un traumatismo encéfalo craneano ocasionado por el golpe de un elemento mecánico.- Añade que a raíz de dicho accidente, se presentó en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca pero que no fué atendido.- Indica que posteriormente estuvo postrado en su casa hasta el día 28/julio/2006, fecha en la cual señala haberse sentido mal, razón por la cual concurrió nuevamente al Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca, al cual ingresó a las 13.00 horas, siendo enviado a su domicilio, sin ser atendido, a las 03.00 a.m. del día siguiente.- Añade que, dado lo anterior, su familia tomó la decisión, ese mismo día, de llevarlo a la Clínica del Maule, institución en la cual se le habría diagnosticado un accidente vascular, el cual, conforme al relato del actor, habría sido consecuencia del accidente sufrido previamente.- Señala que, posteriormente, volvió al Hospital Regional de Talca, donde esta vez sí fué ingresado e internado por 14 días en urgencia, para ser posteriormente enviado a su domicilio, para luego levantarse a los tres meses.- Indica que el 28/septiembre/2006 solicitó al “*Instituto de Normalización Previsional*” que certificara y declarara su grado de invalidez, lo cual fué acogido con fecha 24/febrero/2007, declarando su invalidez absoluta; c) En cuanto a la actividad realizada, el actor señala que concurrió a la aseguradora “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” a fin de hacer efectivo el seguro contratado -no especifica la fecha-, la cual rechazó el pago del siniestro con fecha 31/agosto/2011 en comunicación dirigida a su domicilio, en la cual se fundamenta el rechazo del siniestro a raíz de una condición de preexistencia, que no deriva del accidente antes expuesto, cuestión que es rechazada por el asegurado Juan Tapia Mella, pues, a su juicio, los daños físicos y psicológicos que le han llevado al grado de invalidez en que se encuentra actualmente tendrían su origen y fundamento exclusivo en el accidente ya descrito; d) En cuanto al derecho: Cita el actor lo dispuesto en los artículos 1545, 1546 y 1489 del Código Civil, a efectos de terminar solicitando tener por interpuesta la demanda de cumplimiento de contrato en contra de la sociedad “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” y se le condene al cumplimiento de la

obligación contractual de pagar 600 Unidades de Fomento más reajustes, intereses y costas.-

De la Excepción Perentoria de Prescripción Extintiva de la Demanda opuesta en lo principal: 7.- Planteada en esos términos, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” opone la “Excepción Perentoria de Prescripción Extintiva de la Demanda”, que funda en los siguientes antecedentes de hecho y de derecho: Conforme al relato de hechos de la demanda interpuesta en su contra, el siniestro que daría lugar a la procedencia del seguro correspondería a un accidente sufrido por el demandante el 28/febrero/2006.- Asimismo, consta del proceso que la demanda de cumplimiento de la obligación y perjuicios deducida fué notificada a su parte el 25/mayo/2015.- 8.- Pues bien, conforme a las normas del Código de Comercio que rigen al Contrato de Seguro (Libro II, Título VIII), vigentes a la fecha de celebración del mismo (17/enero/2005), el plazo de prescripción de la acción referida a obligaciones emanadas de éste tipo de contratos, es de 4 años.- Para mayor claridad, cita el artículo 822 del Código de Comercio: “Las acciones que procedan de las obligaciones de que trata el presente Libro y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, duraran cuatro años”; 9.- Es claro, por ende, de los antecedentes que obran en el proceso, que la acción de Cumplimiento de Contrato y Perjuicios deducida por el actor al momento de notificarse la demanda a su parte, estaba prescrita por haber transcurrido con creces el plazo de 4 años contados desde la ocurrencia del accidente, en la versión del propio demandante y del momento en que pudo haberse configurado la incapacidad que podría generar responsabilidad para la aseguradora “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” que representa; 10.- A mayor abundamiento, aún cuando -erróneamente- contabilicemos el plazo de prescripción teniendo en cuenta la notificación de la demanda de designación de juez arbitro impetrada ante el Segundo Juzgado Civil de Talca, la conclusión a la que se arriba es la misma: La acción está prescrita.- En efecto, dicha designación de juez arbitro fué notificada a su representada con fecha 10/diciembre/2014, esto es, más de cuatro años después de ocurrido el accidente el 28/febrero/2006.- La prescripción de cuatro años del artículo 822 del Código de Comercio es una prescripción especial de corto tiempo, de aquellas a que se refiere el artículo 2524 del Código Civil (“Las prescripciones de corto tiempo a que están sujetas las acciones especiales que nacen de ciertos actos o contratos”); 11.- La interrupción civil del plazo de prescripción de estas acciones no está regulada en el artículo 2523 del Código Civil, que solo se refiere a “las prescripciones mencionadas en los dos artículos precedentes”, sino que se encuentra tratada en el artículo 2518 del Código Civil.- De acuerdo al inciso final del artículo 2518 del Código Civil en relación al artículo 2503 del mismo cuerpo normativo, la prescripción extintiva se interrumpe civilmente por la demanda notificada en forma legal, y; 12.- Por lo expuesto, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” opone a la demanda la excepción de prescripción extintiva de la acción, toda vez que transcurrieron más de cuatro años entre el hecho fundante del libelo y la efectiva notificación de la demanda y solicita que se declare la prescripción extintiva y, en su lugar, se niegue lugar a la demanda en todas sus partes, con costas.-

De la Contestación de la Demanda de Cumplimiento Forzado Contractual de pagar 600 unidades de fomento: 13.- En subsidio a la excepción perentoria de prescripción extintiva opuesta, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” contesta derechamente la demanda interpuesta en su contra por el asegurado Juan

Tapia Mella, solicitando su completo rechazo, con costas, por las razones de hecho y de derecho que siguen.- Antes de ello, estima conveniente aclarar los siguientes aspectos del Programa de Protección por Accidentes Personales contratado por Juan Tapia Mella (Póliza de Accidentes Personales N° 7818270); 14.- Dicho programa incorporaba dos coberturas: a) Indemnización única al fallecimiento accidental con un capital asegurado de 300 UF.- b) Indemnización única por incapacidad total y permanente de dos tercios por un capital asegurado de 600 UF; 15.- Dichas coberturas se encuentran precisadas y reguladas en una serie de condicionados que se aplican especialmente a cada una de ellas.- Es importante destacar que en las “condiciones” se indica expresamente que por incapacidad total y permanente dos tercios por accidente, se entiende *“la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de un accidente, de a lo menos dos tercios de la capacidad de trabajo conforme a las normas que al efecto establece el Decreto Ley N° 3500 de 1980”*; 16.- Por otro lado, la Póliza de Accidentes Personales define en su artículo primero titulado “cobertura”, párrafo segundo, que *“Para los efectos de éste seguro se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo, el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento producto de esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones”*; 17.- En éste sentido, es claro que se ha estipulado por las partes -siendo ley para ellas- que se entiende por “accidente” aquel suceso que reúna copulativamente las características dadas por la definición contemplada en el artículo primero de la Póliza Código POL número 2 92 015.- Dicha definición resulta decisiva para éstos efectos, pues, como se verá más adelante, el demandante Juan Tapia Mella pretende acceder a una cobertura que no brinda la referida Póliza de Accidentes Personales por la vía de vincular causalmente una patología clínica manifestada en julio del año 2006 con un accidente previamente sufrido en febrero del mismo; 18.- En efecto, según se anticipó, la demanda no resulta procedente por cuanto su representada “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.”, no tiene obligación de pagar la indemnización correspondiente a la póliza contratada por el actor, toda vez, que el evento clínico que ocasionó su incapacidad (accidente vascular) no está ligado causalmente con el supuesto accidente descrito en la demanda, ocurrido en la versión del demandante con fecha 28/febrero/2006.- En dicho sentido, cabe señalar que los antecedentes analizados por la aseguradora, arrojaron que la incapacidad que afecta actualmente al demandante, derivada de un infarto vascular, no es atribuible al accidente descrito por el demandante supuestamente ocurrido en febrero de 2006, sino que a un cuadro de hipertensión que afectaba previamente al asegurado; 19.- En dicho sentido, cobra especial relevancia el informe médico efectuado por la Doctora Pilar Canales Fernandez, Neuróloga, quien tuvo oportunidad de examinar y evaluar al demandante el 30/junio/2011.- En dicha oportunidad la facultativa concluyó que se trata de un paciente de 58 años con antecedente de contusión ocurrida en febrero de 2006.- Señala que de acuerdo a la ficha de atención aportada por el propio paciente figura “Glasgow 15 e hipertensión arterial 195/108” y que no hubo daño neurológico directo por ese evento.- Agrega que cuatro meses después el paciente sufre “cuadro de vértigo, desequilibrio y paresia atáxica derecha de predominio crural, catalogada como infarto lacunar

atribuible a hipertensión arterial”.- Concluye que “la incapacidad que presenta el paciente estimada en un 77,56 %, no es atribuible al traumatismo”.- En mérito de ello, su representada la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” comunicó al demandante a través de carta fechada 31/agosto/2011, que la solicitud de reevaluación de siniestro sería rechazada por la compañía toda vez que la incapacidad que lo afecta no es atribuible a un traumatismo (accidente) que fue, en definitiva, la cobertura contratada; 20.- En esta parte, cabe hacer presente que existe numerosa literatura médica que describe la hipertensión arterial como “el principal factor de riesgo de un accidente cerebro vascular” que es, en definitiva, lo que ocurrió al demandante Juan Tapia Mella; 21.- Esta enfermedad se caracteriza por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 140/90 mmHg, y es considerada uno de los problemas de salud pública en países desarrollados (recordemos que el actor presentaba presión 195/108 conforme a la Ficha Clínica aportada por él a la Doctora Pilar Canales).- La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar, sin embargo, cursa con complicaciones graves y/o letales -como aquella padecida por el demandante- si no se trata a tiempo, pues, a raíz de la misma las arterias se vuelven rígidas, con lo cual se estrechan, lo que a su turno acarrea que el riego sanguíneo resulta insuficiente y provoca la aparición de infartos cerebrales (*ictus o accidente vascular cerebral isquémico*), que es el cuadro clínico que aparece de los antecedentes aportados por el demandante.- Conclusiones: 22.- De las consideraciones precedentes, es factible que “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” no infringió el Contrato de Seguro al rechazar el siniestro denunciado por la sencilla razón de que éste carece de cobertura conforme a la póliza contratada por éste.- Según se explicó, diversos antecedentes nos llevan a la conclusión que la incapacidad que afecta al asegurado no deriva de un accidente con cobertura en la póliza contratada, y; 23.- Por otro lado, la formula intentada por el actor en orden a vincular causalmente su incapacidad con el traumatismo encefálico craneano supuestamente sufrido en febrero de 2006 no resiste un análisis médico.- En esos términos, es factible concluir que la compañía no infringió el contrato de seguro al rechazar el siniestro denunciado por el actor, de modo que la demanda de “Cumplimiento de Contrato” debe ser rechazada, con costas.-

De la Contestación de la Demanda de Indemnización de Perjuicios por Daño

Moral: En el otrosí del mismo libelo de fojas 75 a 84, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” también contesta la demanda de Indemnización de Perjuicios, solicitando su completo rechazo, con costas, por los siguientes fundamentos: 1.- En primer lugar, hace presente que, salvo aquellos hechos que se reconozcan expresamente durante ésta presentación, su parte niega y controviene la totalidad de las afirmaciones contenidas en dicha acción; 2.- En segundo término, dado que la presente acción se sustenta en los mismos hechos referidos por el demandante Juan Tapia Mella en lo principal de la demanda, opone del mismo modo la excepción de prescripción de la acción.- A efectos de evitar reiteraciones innecesarias y por razones de estricta economía procesal, pide que se tenga por reproducidos en ésta parte expresamente todo lo señalado en el capítulo III de lo principal de éste escrito; 3.- En tercer lugar, dado que la presente demanda se sustenta en un supuesto e inexistente incumplimiento contractual que deriva de los mismos hechos ya abordados por su parte en lo principal del escrito y por razones de estricta economía procesal, pide tener por reproducidos en esta parte expresamente todo lo señalado en el acápite IV de lo principal de éste escrito, de los cuales se desprende

que no ha incumplido el contrato de seguro; 4.- A ello añade que no es efectivo que su parte hubiese rechazado el siniestro valiéndose de una “interpretación antojadiza” conforme afirma el demandante.- Agrega que existen razones científicas y médicas de peso para concluir que el antecedente de hipertensión que afectaba al asegurado demandante es el antecedente clínico del accidente vascular sufrido por éste en julio del 2006 y que éste no responde al traumatismo sufrido por el demandante supuestamente en febrero del mismo año, y; 5.- Por último, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” niega y contraviene expresamente la existencia del daño reclamado por el demandante Juan Tapia Mella, de modo que le incumbe a éste acreditar su existencia conforme a las reglas generales del onus probandi.-

TERCERO: De la Réplica: En lo principal de su libelo de fojas 86 a 96, el asegurado Juan Tapia Mella evacúa el trámite de la réplica, así:

Respecto de la Excepción Perentoria de Prescripción y evacuando el trámite de la réplica, el demandante pide su rechazo, con costas, por lo siguiente: 1.- La interrupción de la prescripción extintiva es el hecho impeditivo de la prescripción que se produce al cesar la inactividad del acreedor o del deudor; en el primer caso será *civil* y en el segundo *natural*, ésta última es la interrupción que precisamente olvida la contraria.- El artículo 2518 del Código Civil dispone que la prescripción “*Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación ya expresa, ya tácitamente*”.- El deudor, en éste caso la Compañía de Seguro, no ha mantenido una actitud pasiva, por lo que se produjo una interrupción natural que obsta a la prescripción.- Esta parte sostiene que la prescripción se vió interrumpida por cuanto de forma tácita la contraria reconoce el derecho del dueño o del acreedor.- Justamente cuando el acreedor o el deudor abandonan la inercia en la relación jurídica que los vincula, entrará en vigor la *interrupción de la prescripción extintiva*, bajo las denominaciones *civil* y *natural*, respectivamente, *natural* en nuestro caso, porque la contraria desplegó una serie de actos positivos que denotan el término de la inacción aludida, actos que probará uno a uno en la etapa de prueba.- A éste respecto debemos citar al profesor René Abeliuk (cita contenida en el fallo que se acompaña en el mismo escrito) y que señala: “*La interrupción natural se trata siempre de un acto unilateral, que no requiere de aceptación del acreedor para su perfeccionamiento.- La interrupción natural es, en consecuencia, todo acto del deudor que importe un reconocimiento de la deuda, ya sea que lo diga así formalmente o se deduzca de actuaciones suyas*”.- En ésta parte estamos obligados a recordarle a la contraria que desde ocurrido el accidente que afectó a su representado, la Compañía de Seguros desplegó una serie de actos que van precisamente en este sentido; desde el día del accidente la compañía fué informada y, luego de ello, hubo contacto permanente con la misma, desplegando una serie de actos que se enmarcan dentro de la *interrupción natural de la prescripción*, a modo ejemplar, sin perjuicio de lo que probará debidamente, se incluye en éste escrito “*carta*” remitida por la demandada a Juan Tapia Mella en que se hace mención a un supuesto peritaje realizado por la compañía, al que se sometió de buena fé.- Ese solo hecho implica un reconocimiento de la demandada, pues, del tenor de la contestación aparece la contradicción ya que, por un lado, afirman tener la certeza de que de acuerdo al grado de incapacidad que le imputan al accidente y lo expresado en la póliza, no corresponde pagar al demandante, pero sin embargo, encargan un examen médico, dicho de otra forma, si tenían la convicción de que el siniestro no ameritaba pago

alguno, por que entraron en un proceso ininterrumpido de actos que suspendieron naturalmente la prescripción, que duró desde el accidente hasta después del 16/agosto/2012, en que la Superintendencia de Valores y de Seguros se pronunció respecto del reclamo de ésta parte, en que ésta recomienda resolver en sede judicial, éste asunto.- Luego cita como fundamento, las sentencias dictadas por la Corte Suprema en causas roles 4689 - 2005; 2349 - 2005; 127 - 2005 y 3437 - 2004 de dicho tribunal, que señalan que *"A nadie le es lícito hacer valer un derecho civil o procesal en contradicción con su anterior conducta jurídica"*.- Esta doctrina, conocida como *"de los actos propios"*, ha sido recogida en diversas disposiciones de nuestro Código Civil, como los artículos 1683, 1481 y 1546 y en su forma de expresión conocida como *"buena fé"*, informa en carácter de principio general todo el referido cuerpo de leyes.- Luego agrega, *"Así se impide jurídicamente el que una persona afirme o niegue la existencia de un hecho determinado, en virtud de haber antes ejecutado un acto, hecho una afirmación o formulado una negativa en el sentido precisamente opuesto, pues, de acuerdo a éste principio, nadie puede contradecir lo dicho o hecho por él mismo, con perjuicio de un tercero"*.- Teniendo a la vista la *"Teoría de los Actos Propios"*, el accionar de la demandada *"MetLife Chile Seguros de Vida S.A."* nos hace pensar que durante años estuvieron alentando un eventual arreglo con su representado Juan Tapia Mella, para que transcurriera el tiempo suficiente y finalmente alegar la prescripción.- A mayor abundamiento, si lo expresado por el asegurado Juan Tapia Mella, en orden a reclamar el cumplimiento del contrato de seguro, en opinión de la contraria, sin fundamento alguno, ésta tenía la posibilidad en su oportunidad a pedir fuere demandado por el asegurado, según prescriben los artículos del Código de Procedimiento Civil que se citan: Artículo 269: *"Cuando alguna persona manifieste corresponderle un derecho de que no esté gozando, todo aquel a quien su jactancia pueda afectar, podrá pedir que se la obligue a deducir demanda dentro del plazo de 10 días, bajo apercibimiento, si no lo hace, de no ser oída después sobre aquel derecho.- Este plazo podrá ampliarse por el tribunal hasta treinta días, habiendo motivo fundado"*; Artículo 270: *"Se entenderá haber jactancia siempre que la manifestación del jactancioso conste por escrito o se haya hecho de viva voz, a lo menos, delante de dos personas hábiles para dar testimonio en juicio civil"*, o sea, la jactancia era la herramienta jurídica que tenía a mano la contraria *"MetLife Chile Seguros de Vida S.A."* y que no tomó.- Finalmente, el demandante transcribe como argumento en su libelo, parte de la sentencia dictada por la Corte Suprema publicada en la Revista de Derecho, Volumen 37 N° 3, páginas 553 a 564, del año 2010.-

Respecto de la Contestación de la Demanda de Cumplimiento del Contrato de Seguro: Por último, y evacuando el trámite de la *"Réplica"*, en lo principal de su libelo de fojas 86 a 96 Juan Tapia Mella reitera todos y cada uno de los argumentos de hecho y de derecho de la demanda de Cumplimiento de Contrato de Seguro.- Sin perjuicio de ello, señala lo siguiente: 1.- Que en relación a los hechos objetivos, ambas partes están contestes en lo siguiente: que Juan Tapia Mella contrató un Seguro; que al momento del accidente éste se encontraba vigente; que fruto del accidente Juan Tapia Mella quedó con invalidez absoluta, y que el Instituto de Normalización Previsional con fecha 24/febrero/2007 declaró la Invalidez Absoluta del asegurado Juan Tapia Mella, condición que a la fecha conserva y por la cual se encuentra pensionado.- 2.- Diferimos en el vínculo causal entre el accidente y la invalidez o incapacidad que éste provocó en Juan Tapia Mella, cuestión que

acreditará en la etapa procesal pertinente, con sendos informes médicos que sustentan su posición.- En suma, lo que se observa en éste caso, es la actitud de una compañía de seguros que habiendo recibido el pago que hacía mes a mes el asegurado, cuando éste sufre el accidente le niega el pago, y no solo eso, sino que también lo engaña en una suerte de mediación que prolongó desde el accidente hasta agosto de 2012, para luego pedir la prescripción de la acción; alimentó la ilusión de un hombre de trabajo que creía que se le pagaría lo que se le adeudaba, para finalmente no hacerlo.-

CUARTO: De la Dúplica: De fojas 98 a 102, la sociedad “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” evacúa el trámite de la dúplica en los siguientes términos:

De la Dúplica a la Excepción de Prescripción opuesta: 1.- De acuerdo a la propia doctrina citada de contrario emanada de Rene Abeliux, la “*interrupción de la prescripción por un hecho del deudor*” se configura en caso de que éste reconozca la obligación, sea expresa o tácitamente y en el caso que nos ocupa, la compañía jamás ha reconocido la obligación de pagar la indemnización establecida en la póliza contratada respecto de un siniestro ocurrido supuestamente el año 2006.- La posición de la aseguradora en éste punto conforme acreditaremos en éste proceso, ha sido única e invariable: rechazo y no pago del pago del siniestro.- 2.- Al demandante consta lo anterior al punto que a través de comunicación fechada 15/enero/2008, informó a la Superintendencia de Valores y Seguros acerca del rechazo del siniestro por parte de la aseguradora.- 3.- Ahora bien, el hecho de que ésta parte durante el año 2011 hubiese estado dispuesta a reevaluar el siniestro en atención a que el asegurado manifestó estar en posesión de nuevos antecedentes, en caso alguno implica ni debe interpretarse como un reconocimiento de la existencia de la obligación.- 4.- Así se desprende con claridad de carta de fecha 28/abril/2011 en que ésta parte informó al demandante que “*los nuevos antecedentes aportados por él no fueron concluyentes para poder determinar en forma clara y precisa la invalidez que le afecta y le invita a someterse a una revisión por parte de un especialista*”.- El resultado de la reevaluación del siniestro consta en carta fechada 31/agosto/2011 y su contenido es igual de categórico que el anterior: “*La incapacidad que afecta al demandante no es atribuible a un traumatismo (accidente)*”.- 5.- Es decir, no existe ningún antecedente emanado de ésta parte que pueda calificarse o considerarse como un reconocimiento de una supuesta obligación de pagar el siniestro.- El actor US., claramente confunde las cosas, pues, el hecho de que ésta parte hubiese aceptado recibir antecedentes para someter el caso a una reevaluación, en caso alguno podría considerarse el reconocimiento de una obligación a favor del demandante.- 6.- Se trató de una actividad ejecutada por ésta parte de buena fé, sin siquiera estar obligada a ello en virtud del contrato, a efecto de dar la posibilidad al demandante de demostrar que su invalidez obedece efectivamente a un traumatismo con cobertura en la póliza.- No vemos en qué parte está el reconocimiento de una obligación -crédito- a favor del demandante que es, en definitiva, lo propio y necesario para que se pueda configurar una interrupción natural de la prescripción.- **En cuanto al Teoría de los Actos Propios alegada por el demandante:** 1.- En su réplica el actor, tras citar la doctrina de los “*Actos Propios*” -la que aparentemente no comprende del todo- afirma que ésta parte habría estado por años alentando un arreglo con el demandante a efectos de hacer transcurrir el tiempo y finalmente alegar la prescripción.- 2.- En ésta parte, cabe señalar en primer lugar, que no es cierto lo aseverado por el demandante.- Esta

parte no alentó nada, pues desde un comienzo su posición ha sido una misma, esto es, que en la especie no procede el siniestro.- Ahora bien, que durante el año 2011 y a solicitud del propio demandante, ésta parte hubiese estado dispuesta a reevaluar el caso con nuevos antecedentes, no puede considerarse como una suerte de promoción de un acuerdo con el demandante.- 3.- Tampoco queda claro que tiene que ver esa situación con la “*Teoría de los Actos Propios*”: Esta parte no ha sentado frente al demandante posiciones jurídicas contradictorias.- No lo hizo durante el proceso de liquidación del siniestro ni lo hizo ahora durante éste proceso.- Su posición, por el contrario, ha sido siempre una misma, e insistimos, la referida reevaluación no pudo tener el efecto de interrumpir naturalmente la prescripción, pues, durante ese proceso jamás ésta parte se reconoció deudora del demandante.- *En cuanto al argumento de la Jactancia:* 1.- Este último argumento es aún más insólito que los anteriores: el actor argumenta que ésta parte debería supuestamente haberlo demandado de jactancia si consideraba que no tenía derecho a la indemnización establecida en el contrato de seguro.- 2.- Se trata, por cierto, de un argumento errado, pues, si bien a ésta parte le asiste la más legítima convicción de que el actor no le asiste el derecho que demanda en autos, ésta parte era absolutamente soberana de decidir si ejercía o no una acción de jactancia contra el demandante.- Si no la ejerció, como podrá comprender US., ello en caso alguno otorga al demandante derecho a accionar en contraparte.- Menos podría mejorar su posición jurídica frente a la aseguradora ni conferirle un derecho que no tiene.-

De la Dúplica a la contestación de la Demanda de Cumplimiento Forzado

Contractual: 1.- En ésta parte, junto con reiterar lo expuesto en su demanda, el actor sostiene que las partes estarían supuestamente contestes en los siguientes hechos: a) que el demandante contrató un seguro; b) que el seguro estaba vigente al momento del accidente; c) que fruto del siniestro el actor quedó con una invalidez absoluta, y; d) que el INP en febrero de 2007 declaró la invalidez absoluta del demandante, y que difieren del vínculo causal entre el accidente y la invalidez que éste provocó al actor.- 2.- Al efecto, permítasenos precisar que las partes sólo están de acuerdo en los hechos mencionados en las letras a) y b) precedentes.- Esta parte discrepa sustancialmente con el actor en considerar que que la invalidez absoluta que afecta al actor sea consecuencia del accidente (traumatismo) que se relata en la demanda ocurrido en febrero de 2006.- Esta parte expuso con claridad que el accidente vascular sufrido por el demandante en julio de 2006 se vincula a un cuadro de hipertensión preexistente en el actor, es decir, no obedece causalmente al traumatismo sufrido en febrero de dicho año.- Luego, las partes no están contestes en aquello que indica el demandante en la letra c) precedentemente.- 3.- En cuanto a la letra d), si bien es efectivo que dicho organismo pudo declarar la invalidez, insistimos en que la causa de ésta no es un siniestro (traumatismo) con cobertura en la póliza, sino que aparece medicamente vinculada a una condición preexistente de la cual padecía el demandante (hipertensión).- 4.- Por último, rechazamos categóricamente las palabras finales del demandante en orden a que ésta parte supuestamente lo habría engañado en una suerte de proceso de mediación que se extendió desde el accidente hasta agosto de 2012.- Esta parte fué clara con el demandante desde un comienzo en orden a rechazar el siniestro.- Fué el demandante quien, en lugar de ejercer las acciones y derechos a que cree tener derecho, insistió en pedir la reevaluación del caso, procedimiento que concluyó con la reiteración del

rechazo, pues, conforme explicamos al contestar la demanda, le neurocirujana que lo examinó constató que la invalidez del actor no tiene por causa un traumatismo.-

QUINTO: A fojas 104, llamadas las partes a conciliación, ésta no se produce y por resolución de 21/septiembre/2015 escrita a fojas 105 y 106 modificada por resolución de 13/octubre/2015 de fojas 137 y 138, se recibió la causa a prueba estableciéndose como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos sólo los siguientes:

Segundo punto de prueba: "Efectividad que el asegurado Juan Elias Tapia Mella sufrió un siniestro en los términos definidos en la Póliza de Seguros que contrató en la aseguradora *"Metlife Chile Seguros de Vida S.A."* (continuadora legal de la *"Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A."*).- En caso afirmativo, fecha, lugar y circunstancias bajo las cuales se produjo el siniestro; si concurrió o no a un centro asistencial para obtener asistencia médica y si estuvo o no internado, indicando la fecha; cual fué el diagnóstico médico que se entregó; si el accidente vascular que sufrió en julio de 2006 tuvo o no su origen directa y precisamente en el siniestro ocurrido el 26 de febrero de 2006; si el estado que actualmente presenta el asegurado es consecuencia de dicho siniestro; si las lesiones se produjeron o no a consecuencia de alguna de las causales de exclusión que adolece el artículo segundo de la Póliza de Seguro de Accidente y si el asegurado se encuentra o no actualmente pensionado por invalidez absoluta".-

Tercer punto de prueba: "Efectividad que el asegurado Juan Elias Tapia Mella formuló reclamo en contra de la aseguradora *"Metlife Chile Seguros de Vida S.A."* (continuadora legal de la *"Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A."*).- En caso afirmativo, fecha en que puso en conocimiento de la aseguradora la ocurrencia del siniestro; fecha en que el asegurado presentó el reclamo y hechos en que la fundamenta; cual fue la alternativa de cobertura que optó el asegurado; si la aseguradora rechazó o no el reclamo por el siniestro ocurrido el 26 de febrero de 2006 y si la aseguradora incurrió o no en un incumplimiento de contrato".-

Sexto punto de prueba: "Efectividad que se encuentran prescritas las demandas de cumplimiento forzado del contrato y de indemnización de perjuicios interpuestas por el asegurado Juan Elias Tapia Mella en contra de la aseguradora *"Metlife Chile Seguros de Vida S.A."* (continuadora legal de la *"Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A."*) y, en caso afirmativo, hechos y circunstancias que así lo establecen".-

SEXTO: Prueba aportada por el asegurado demandante Juan Elias Tapia Mella:

Prueba documental: Para satisfacer su carga probatoria, el asegurado Juan Tapia Mella acompañó los siguientes documentos (todos ordenados cronológicamente) para probar los hechos en que fundó sus demandas de Cumplimiento Forzado Contractual y de Indemnización de Perjuicios por concepto de Daño Moral: 1.- Póliza de Accidentes Personales de fojas 6 a 17, de la que falta la hoja que consigna la individualización de los contratantes, la fecha del contrato de seguro y sus firmas.- 2.- Carta de foja 132 enviada el 16/agosto/2006 por la *"Superintendencia de Valores y Seguros"* al asegurado Juan Tapia Mella para informarle que *"en caso de disconformidad con el rechazo de la cobertura, el asunto debería ser resuelto en sede judicial, instancia en que las partes podrán hacer valer sus alegaciones y defensas, además de aportar los medios de prueba con que cuenten"*.- 3.- Certificado

de foja 124 de 23/agosto/2006 emitido por el Dr. Hernando Duran Palma de la Clínica del Maule, Talca, que señala que *“el 29/julio/2006 Juan Tapia Mella sufrió un accidente vascular isquémico”*. - 4.- Solicitud de Declaración de Invalidez de fojas 18 a 23 y 114 a 118 del 28/septiembre/2006 presentado por el asegurado Juan Tapia Mella al *“Instituto de Normalización Previsional”*. - 5.- Resolución de foja 119 de 09/marzo/2007 dictada por el *“Instituto de Normalización Previsional”*, que le otorgó a Juan Tapia Mella una pensión de invalidez absoluta por \$ 89.716 a partir del 24/febrero/2007. - 6.- Certificado de foja 126 del 12/junio/2007 emitido por Maria Soledad Bueno Gonzalez, Jefe Unidad de Admisión del Hospital Regional de Talca donde *“certifica que Juan Tapia Mella ingresó al Servicio de Medicina del Hospital Regional de Talca el 29/julio/2006 permaneciendo hospitalizado hasta el 11/agosto/2006 por un accidente vascular encefálico y un Infarto de Tronco Cerebral”*. - 7.- Carta de foja 127 enviada el 17/julio/2007 a Juan Tapia Mella por Hector Hidalgo Cordova, Jefe de Postventa de *“Paris Corredores de Seguro Ltda.”* (que actuó como intermediaria en la celebración del contrato de seguro), para comunicarle que *“la compañía aseguradora le informó que su siniestro fué rechazado porque la causa de su invalidez corresponde a una enfermedad, específicamente un accidente vascular encefálico y no a un accidente en los términos establecidos en la póliza contratada”*. - 8.- Informe Médico de foja 120 de 08/noviembre/2007 emitido por el Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso donde establece que a Juan Tapia Mella *“se le diagnosticó un trauma de cráneo y encéfalo y un accidente vascular encefálico isquémico frontal con secuela motora (hemiparesia espástica derecha)”*. - 9.- Carta de foja 129 enviada el 31/agosto/2011 a Juan Tapia Mella por Daniel Delgado Quiroz, Jefe Beneficios Vida de la *“Interamericana Compañía de Seguros de Vida S.A.”* (antecesora de *“MetLife Chile S.A.”*), para informarle que, recepcionado el resultado de la evaluación médica realizada por el especialista consultado para tal efecto *“se ha concluido que la incapacidad que lo afecta no es atribuible a un traumatismo (accidente) por lo siguiente: Producto de la contusión frontal derecha y herida de cuero cabelludo, acontecida en febrero del año 2006.- No aconteció daño neurológico directo producto de ese evento.- Posteriormente en julio del año 2006, se presenta un cuadro de vértigo, desequilibrio y paresia atáxica derecha de predominio crural, catalogado como un infarto lacunar, lo cual guarda estrecha relación con la patología de hipertensión que afectaba al asegurado, la cual es ratificada en informes médicos emitidos en el mes de julio del año 2006”*. - 10.- Informe Médico de foja 122 de 30/enero/2012 emitido por el Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso donde *“reconsidera el diagnóstico que dió en su Informe Médico del 08/noviembre/2007”* donde le diagnosticó a Juan Tapia Mella un trauma de cráneo y encéfalo porque *“esa es una opinión que no tiene asidero científico, señalando que porque no pensar que el trauma fue lo suficientemente intenso para inducir edema y lesiones cerebrales que a posteriori se traducen en un elemento focal evidente y demostrable, que hoy mantiene sus secuelas”*. - 11.- Certificado de foja 125 de 12/junio/2012 emitido por la Dra. Magdalena Arteaga Ossa, funcionaria del Servicio Municipal con funciones en el CESFAM Carlos Trupp Wanner de Talca, que *“certifica que el paciente Juan Tapia Mella no es hipertenso y su accidente vascular no fue secundario a la hipertensión”*. - 12.- Carta de fojas 24 y 130 de 03/julio/2013, enviado por *“MetLife Chile Seguros de Vida S.A.”* al asegurado Juan Tapia Mella para informarle que *“la compañía reitera el rechazo del siniestro”*. -

Prueba testimonial: El asegurado Juan Tapia Mella aportó las declaraciones de los siguientes testigos para probar los hechos en que fundó sus demandas de Cumplimiento Forzado Contractual y de Indemnización de Perjuicios por Daño Moral:

1.- **Juan Carlos Lara Cespedes**, supervisor financiero de la Tienda Ripley-Talca, quien a fojas 168 y 169 declaró al segundo punto de prueba que *“es efectivo, fue aproximadamente el año 2006, en el mes de febrero de 2006, en su taller, según lo que él le comentó, es un taller de desabolladura de pinturas.- Desconoce como se produjo el siniestro.- El sólo le dijo que le cayó un fierro en la cabeza, desconoce sus dimensiones.- Sabe que fué a un Centro de Salud, le parece que a la Guardia del Hospital ya que andaba con un parche en la cabeza.- Le parece que no estuvo internado cuando fué el accidente, ya que le parece que no se lo comentó.- Ignoro el diagnóstico médico que se le dió.- Agrega que, desde su punto de vista personal si tuvo relación el accidente vascular que sufrió en julio de 2006 con el accidente que sufrió en febrero de 2006 ya que pasaron cuatro meses entre uno y otro, sin ser médico llegó a esa conclusión personal, ya que lo veía con un parche en la cabeza, le costaba caminar y estaba bastante deteriorado, a raíz del golpe.- El estado actual de don Elias es consecuencia del siniestro ocurrido y está hoy pensionado por invalidez absoluta.- Añade que a Juanito lo conoce hace hartos años como vecino, es una persona mayor, por eso tiene un grado de amistad, era una persona capaz antes de éste accidente, muy conocido en Talca, solvente, le iba bien en su trabajo, era un tipo saludable y hoy es una persona enferma, que anda con muletas, le cuesta caminar, tiene problemas económicos por lo que ha comentado y estuvo con una depresión a raíz de lo mismo”*.- Al tercer punto de prueba declara que *“don Juan formuló reclamo en contra de Metlife, no sabe la fecha en que lo hizo ni tampoco la fecha en que presentó el reclamo.- Ignora los hechos en que fundamentó su reclamo, sólo lo que él le comentó.- Ignoro la alternativa de cobertura por la cual optó don Elias.- Señala que sabe que la aseguradora rechazó el reclamo por el siniestro ocurrido el 26/febrero/2006.- No sabe si la aseguradora incumplió el contrato, solo sé que no le pagó ni acogió su reclamo”*.- Contrainterrogado para que aclare o complemente su respuesta, a que el hecho que sin ser médico, puede concluir que el infarto de julio es consecuencia del accidente de febrero de 2006, el testigo responde que *“conoce a Juanito hace muchos años, era una persona sana hasta que sufrió éste accidente, en la cabeza quedó mellado, con problemas, con esa herida quedó mal, no podía manejar, estaba enfermo, le costaba caminar, por conclusión yo saco que una persona que tiene un golpe en la cabeza, de esa envergadura y como yo lo ví, en las condiciones puedo presumir que es a raíz del accidente que padeció en febrero de 2006”*.- Contrainterrogado para que diga si sabe que entre febrero y julio de 2006 don Juan estuvo sujeto a controles médicos o tratamientos, por los graves procedimientos que él señaló que sufría, el testigo responde que *“lo desconoce”*.- Contrainterrogado para que diga si tiene conocimiento de la existencia o presencia de una enfermedad pre - existente que afectaba a don Juan, el testigo responde que *“NO, no tiene conocimiento de una enfermedad pre - existente”*.-

2.- **Maria Begoña Cordero Lopez**, psicóloga y psicopedagoga, quien de fojas 278 a 282 declaró al segundo punto de prueba que *“don Juan Tapia sufrió un siniestro en febrero de 2006, fué un golpe en la cabeza, precisa que le contó que estaba debajo, hincado arreglando un auto, yo le ví el parche, señala que es más que un fierro, una*

gata para afirmar los vehículos que están desabollando, es de más de un metro, de fierro, que tiene como la física de esas cosas que sujetan los autos, se bombea para que suban los autos, por el costado tiene una especie de casquete, en cada punta y eso parece un hacha, en cada punta.- Añade, que este accidente fué en su taller, sabe llegar, pero no la dirección exacta, pero sabe que estaba arreglando un auto cuando sucede el accidente.- Luego del accidente aparentemente fué al hospital o clínica, la verdad es que no sabe donde fue, pero tuvo un golpe y él era un hombre conversador.- Después del accidente él le contó los hechos, le dá la impresión que no estuvo internado, pero sabía que existía un seguro comprometido.- Refiere, que no sabe el diagnóstico médico, solo que allí tenía el parche y sangró. Posteriormente don Juan fue "decaendo", supo que meses después tuvo una complicación, como una trombosis, y allí si estuvo hospitalizado, indica, que no se explica cómo sobrevivió del primer accidente, cuando se le enterró ese canto en la cabeza, yo creo que todo es consecuencia del primer accidente, incluso ahora es repetitivo en sus ideas, cree que hay algún daño, que tiene que ver con el primer golpe que tuvo y no con la vejez.- Luego del golpe supo que tuvo una enfermedad, aclara que todo lo sabe porque don Juan se lo indicó.- Detalla, que actualmente don Juan se encuentra complicado de salud, tiene una pensión por invalidez, está imposibilitado para trabajar, ya no es el mismo de antes.- Recuerda que el ha tenido estados depresivos como consecuencia del primer golpe, ocurrido en febrero de 2006".- Repreguntada, la testigo señala que "el objeto que le pegó a don Juan lo vió personalmente, es una herramienta que es muy pesada, cuando ocurren los hechos el estaba solo".- Contrainterrogada la testigo responde que "conoce a don Elias desde el 2005".- Contrainterrogada para que señale si conoce una enfermedad preexistente que haya tenido don Juan a la fecha del accidente vascular de julio de 2006, la testigo responde que "no sabe, no le hizo referencia".- Contrainterrogada para que diga cómo sabe que el instrumento que ha caracterizado fué el que produjo el accidente, la testigo responde que "don Elias se lo mostró y le contó como sucedieron los hechos, como se clava en su cabeza, los primeros días de marzo de 2006".- Contrainterrogada para que diga si don Juan Tapia tuvo reposo luego de marzo de 2006 y cuando volvió a trabajar, la testigo responde que "siguió trabajando pero a media máquina luego de accidente del año 2006, pero habían hijas ayudándolo y apoyándolo".- Contrainterrogada para que diga como le consta a ella que el accidente sufrido en febrero de 2006 es causa directa del accidente vascular sufrido en julio de 2006, la testigo responde que "como dije antes, me extrañaba que él no se hubiese muerto y la secuela en un golpe en la cabeza van o clínicamente van en una cascada, así se evidencia los detrimentos que son deterioros lentos, el daño se va evidenciando lentamente, eso es lo que yo ví, algo progresivo, creo que el golpe fue un estímulo que detonó todo lo que le pasó a él".- Contrainterrogada para que diga, si se trata de un trastorno progresivo, como puede asegurar que Juan Tapia Mella sufrió un cuadro cerebral fulminante, como lo dijo en su declaración, la testigo responde "porque queda hospitalizado, hay un evento el 2006 si no mal recuerdo, unos meses después tiene un accidente vascular severo, el cerebro es como un, somos electroquímicos, yo creo que fue detonando neuronalmente algo y termina en ésta crisis que le dá a él en términos de accidente vascular.- Y ésta segunda vez, cuando me hace este comentario pensó que no se iba a volver a parar, pero se paró".- Contrainterrogada para que diga que conocimiento médicos técnicos posee y si tiene una especialidad, la testigo responde que "estudió un semestre de neuroanátomo

fisiología en la Universidad de Playa Ancha, cuando estudiaba psicopedagogía y tuvo un promedio 6,7 o 6,2, y también estudió neuroanatomofisiología durante la carrera de psicología y, además, ha estudiado cognición uno y dos, desarrollo del pensamiento del lenguaje y la memoria”.- Contrainterrogada para que diga si conoce la fecha en que don Juan estuvo hospitalizado, la testigo responde que “*fué en julio de 2006, cree que un mes, no más de un mes*”.- Contrainterrogada para que diga como le consta que estuvo hospitalizado ese tiempo y bajo que diagnóstico, la testigo responde que “*fué un accidente vascular y que el mismo don Elías le informó de aquello*”.- Al tercer punto de prueba la testigo Maria Begonia Cordero Lopez declaró que “*don Juan formuló un reclamo a Metlife pero no lo tiene claro, al parecer hizo uno.- No sabe en que fecha lo hizo, pero todo fue posterior al reclamo, se imagina que el reclamo es porque no le pagaron el seguro.- Me imagino que rechazaron el reclamo y por eso estoy acá, pues no le pagaron.- No sé los criterios o acuerdos que tuvieron, no sé las cláusulas del contrato de seguro, se imagina que consideraron todas las causas y las pre - existentes.- Señala que ella cree que hay incumplimiento de contrato desde que ella esta declarando*”.- No hay repreguntas.- Contrainterrogada para que aclare como supo o puede establecer que Juan Tapia efectuó un reclamo, la testigo responde que “*a través de sus dichos, por lo que don Elías dice, señala que le manifiesta que hace un reclamo del seguro, me imagino.- Me parece que él es una persona honesta, ordenada en sus procedimientos, a ella le cumplió con el auto, se lo entregó arreglado a finales del año 2006*”.-

SEPTIMO: Prueba aportada por la demandada la sociedad “Metlife Chile Seguros de Vida S.A.”:

Prueba documental: Para probar los hechos en que fundó su “*Contestación a la Demanda*”, la demandada “*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*” acompañó los siguientes documentos, que se singularizan cronológicamente): 1.- Carta de foja 178 de 15/enero/2008 enviada por el asegurado Juan Tapia Mella a la “*Superintendencia de Valores y Seguros*” donde “*expone los motivos por los cuales quiere hacer efectivo el cobro del seguro que tiene vigente con la aseguradora intermediada por “Servicios Falabella Pro Ltda.”, que fue rechazado*”.- 2.- Documento de fojas 180 a 193 donde constan “*las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguro*” contratada por el demandante Juan Tapia Mella.- 3.- Informe de foja 194 de 27/abril/2011 emanado del médico contralor de la aseguradora Oscar Novoa Carvajal en el cual, junto con advertir incongruencias en los informes de los neurólogos Daniel Carcamo y Carlos Gonzalez Barroso, con diagnósticos totalmente diferentes, “*recomienda la evaluación de un neurólogo independiente*”.- 4.- Carta de foja 158 de 28/abril/2011 por la cual “*Metlife Chile S.A.*” informó a Juan Tapia Mella que “*los nuevos antecedentes presentados para la re-evaluación del siniestro no eran concluyentes, razón por la cual se le propuso una evaluación médica independiente*”.- 5.- Carta de foja 159 de 20/mayo/2011 mediante la cual Juan Tapia Mella “*manifestó su conformidad a efectos de ser sometido a la evaluación médica propuesta por la aseguradora*”.- 6.- Informe Médico Interconsultor de foja 161 de 30/junio/2011 efectuado por la Dra. Pilar Canales Fernandez, Neuróloga Especialista, quien, después de examinar a Juan Tapia Mella, afirma en lo medular, que “*respecto del hecho ocurrido en febrero 2006 no hubo daño directo por ese evento y que el cuadro de vértigo, desequilibrio y paresia atáxica derecha de predominio crural, catalogado como infarto lacunar ocurrido el 29/julio/2006 puede*

ser atribuido a la hipertensión arterial pero no al traumatismo antes referido.- La incapacidad no es atribuible al traumatismo".- Además, en su informe señala que de acuerdo a la ficha de atención aportada por el propio paciente figura "Glasgow 15 e hipertensión arterial 195/108" y que no hubo daño neurológico directo por ese evento.- Agrega que cuatro meses después el paciente sufre "cuadro de vértigo, desequilibrio y paresia atáxica derecha de predominio crural, catalogada como infarto lacunar atribuible a hipertensión arterial".- Concluye que "la incapacidad que presenta el paciente estimada en un 77,56 %, no es atribuible al traumatismo".- 7.- Bibliografía de fojas 195 a 222 acerca de "los riesgos que ocasiona la condición de hipertensión, dentro de los cuales están los accidentes vasculares, en donde existe consenso en la ciencia médica en orden a que la hipertensión arterial es una condición de riesgo pues es causa probable de accidente cerebral en quienes presentan dicha enfermedad".- Dicha bibliografía fue tomada de los sitios web de las siguientes instituciones: Texas Heart Institute, Clínica Alemana de Santiago, Tu Centro Médico Online y Wikipedia.-

Prueba testimonial: Respecto a éste medio de prueba, la demandada "Metlife Chile Seguros de Vida S.A." aportó las declaraciones de los siguientes testigos para acreditar los hechos en que fundó su "Contestación a las Demandas de Cumplimiento Forzado Contractual y de Indemnización de Perjuicios por Daño Moral":

1.- **Oscar Alberto Novoa Carvajal**, cardiólogo, quien de fojas 256 a 260 declaró que "el accidente ocurrió en el mes de febrero de 2006, no estaba cubierto por la póliza contratada, porque en el momento que hice la asesoría del caso, que fue hace varios años, se me preguntó si la causa fue un accidente o una enfermedad, ya que, la póliza solo cubría las consecuencias de un accidente.- Contesté que no correspondía a un accidente traumático porque el episodio de julio de 2006 correspondió a un accidente cerebro vascular del tronco cerebral que fué a su vez el motivo por el que el COMPIN Regional otorgó la invalidez.- Lo anterior fué sostenido por el Compin por el cuadro clínico neurológico que mostraba un síndrome de HORNER y un escáner o tac - cerebral que mostró una lesión vascular de tronco.- La resonancia nuclear magnética cerebral posterior mostró gliosis cerebral que corresponde a daño degenerativo de origen probablemente vascular.- Finalmente, el análisis por la perito neurológica doctora Canales, concluyó que el cuadro clínico descrito no tenía relación con el traumatismo descrito en el mes de febrero de 2006".- Repreguntado para que precise por qué razón médica responde que "NO" a la pregunta formulada por la compañía aseguradora, en relación a si la causa de la situación padecida por el demandante correspondía a un accidente o a una enfermedad, el testigo responde que "primero está el certificado de atención del Servicio de Urgencia en que consulta por un golpe en la cabeza, posteriormente en evaluaciones de los doctores señores Carcamo y Gonzalez, se hace referencia a una herida en la región frontal, sin consecuencias neurológicas severas en ese episodio.- Segundo, el cuadro que motivó su invalidez, se origina en un accidente cerebro vascular de tronco, area no relacionada con la zona de la contusión, y si se evidenció una lesión vascular de tronco como se describe en una hoja de evolución médica y en las referencias del Compin.- La resonancia nuclear magnética cerebral o RNM, no muestra secuelas traumáticas y si lesiones degenerativas cerebrales".- Repreguntado para que precise las circunstancias en virtud de las cuales tuvo ocasión de revisar la resonancia nuclear magnética cerebral que fué informado por la doctora Canales, el

testigo contesta que *“a raíz de la información entregada en la primera revisión que destacaban incongruencias del informe de dos neurólogos, tanto en relación a las fechas de ocurrencia del accidente traumático y de la descripción médica del lugar de ocurrencia anatómico del accidente vascular del mes de julio de 2006, solicité se pidiera la opinión de un tercer especialista, que correspondía a la Doctora Canales”*.- Repreguntado cual es su especialidad en su profesión, el testigo responde que *“es médico cirujano y su especialidad es cardiología”*.- Repreguntado cual es la causa probable del accidente cerebro vascular sufrido por el demandante, el testigo responde que *“un infarto cerebral de tronco”*.- Repreguntado si sabe que circunstancias pueden ocasionar un infarto cerebral de tronco y si en este caso en particular, pudo formar una opinión médica en relación a lo acontecido al demandante, el testigo responde que *“las causas son múltiples de origen médico. Las mas frecuentes son degeneraciones del sistema vascular en personas mayores. En el caso del Sr. Tapia, en el TAC de cerebro realizada en el episodio del mes de julio de 2006, se describe un infarto cerebral que corresponde a la causa y se produce por la oclusión de un vaso cerebral, dejando un territorio sin irrigación”*.- Repreguntado si alguna vez trató personalmente al demandante Juan Tapia Mella, el testigo contesta que *“NO”*.- Repreguntado como le consta que sus afirmaciones teóricas sean aplicables a la situación clínica puntual del Sr. Tapia, el testigo responde que *“hay concordancia entre los exámenes aportados, el informe de Compin, la evolución clínica adjunta en los antecedentes y que hace referencia al TAC cerebral y el informe de la doctora Canales”*.- Repreguntado si su especialidad es cardiología, de que forma realiza la interpretación de los exámenes neurológicos realizados al demandante, por ejemplo, la doctora Canales, el testigo responde que *“gran parte de mi vida profesional me desempeñe como médico de UTI, soy cardiólogo desde hace mas de 30 años y forman parte de nuestra especialidad pacientes que presentan enfermedades neurológicas dentro del contexto global del enfermo cardiológico”*.- Repreguntado si es efectivo que el traumatismo encéfalo craneano puede traer consecuencias, tales como alteraciones del flujo sanguíneo cerebral o aumento de la presión intracraneana, el testigo responde que *“la pregunta es capciosa porque está preguntando como algo general, algo que se refiere a un contexto específico, el caso de éste asegurado Tapia. Un traumatismo severo puede producir daño vascular agudo que en forma secundaria puede llevar a hipertensión endocraneana, cuadros que son de máxima gravedad y requieren de hospitalización de urgencia, con eventual acción neuroquirúrgica. Estos casos en general tienen un compromiso severo neurológico que se mide por la escala de GLASGOW, que en éste caso era de 15, lo que corresponde a una persona conciente sin compromiso neurológico importante, por lo tanto no corresponde a las consecuencias preguntadas”*.-

2.- Delia Pilar Canales Fernandez, neuróloga, de fojas 261 a 265 declaró que *“a mi no me consta, pero él me lo refiere, ya que yo no lo atendí en esa oportunidad. Agrega que él le dijo que estaba en su taller, donde trabaja como desabollador y recibió un golpe en la región frontal derecha con una herramienta. Él acudió al Servicio de Urgencia, pues decía que había presentado oscurecimiento visual y tenía una herida en el cuero cabelludo. Le informó que estuvo varias horas en urgencia, se aburrió de esperar atención y se fué al domicilio, no hubo inconciencia, eso se lo preguntó expresamente. Decía que continuaba con dolor de cabeza, al momento en que lo atendió. El golpe fue en febrero de 2006 y el paciente relata que no*

concurrió hasta julio de 2006, en que presenta en forma brusca mareo, sensación de inestabilidad, dificultad para caminar, consultó en urgencia y le diagnosticaron que era un vértigo y lo mandaron a la casa.- Luego le informó que como persistía con ésta molestia fué a la Clínica del Maule, le hicieron un scanner, lo mandaron al hospital y quedó hospitalizado con diagnóstico de infarto cerebral, después lo dieron de alta, con indicación de control en su consultorio.- Todo ésto le fue referido por el paciente.- Precisa, que revisó la ficha del hospital para confeccionar el informe y hay una copia de atención de fecha 27 de febrero de 2006, en que el paciente consulta por una herida de cuero cabelludo por trauma, en la ficha aparece descrito "Glasgow" 15, lo que significa que está sin ningún déficit, de conciencia ni motor.- Figura que está hipertenso 195 - 108, de presión, y que no respondió cuando lo llamaron para ser atendido. Luego ella lo examina el 30 de julio de 2011, el paciente estaba consciente, presión normal 120 - 80, ingresa a la consulta apoyándose en un bastón ortopédico y viene solo a la consulta.- Relata que persiste con problema de marcha, con sensación de mareo y dolor de cabeza, se puede vestir solo, se realiza el aseo personal y traslado a lugar de trabajo de manera independiente.- Indica, que él le relató las fechas del siniestro, pero a ella no le consta nada.- En ese siniestro verificó en la ficha que concurrió a un centro asistencial, pero no espero atención, así lo dice su ficha clínica.- Refiere, que en esa oportunidad no estuvo internado.- Respecto del diagnóstico médico, no lo hubo, ya que el no esperó atención.- El accidente vascular de julio 2006 no tuvo relación con el siniestro ocurrido el 26 de febrero de 2006, incluso así lo señalé en mi informe, dijo que en todos los informes sobre incapacidad se explicita si tiene relación con algún accidente laboral o de trayecto, y en éste informe yo puse en forma explícita que no era atribuible al traumatismo.- Refiere que sólo en esa oportunidad vió al asegurado, el día 30 de julio de 2011, nunca más lo vió ya que no es su médico tratante.- En esa ocasión dijo que su estado no es secuela del traumatismo, sino que del infarto cerebral.- No sabe cuales son las causales de exclusión de la póliza.- Supone que el asegurado está pensionado por invalidez, pero eso lo decide la comisión médica, pero ella informó favorablemente".- Repreguntada para que diga si es su firma la que aparece consignada en el informe médico acompañado a fojas 161 y 162, la testigo responde que "es su firma".- Repreguntada para que diga si ratifica su contenido, la testigo dice que "SI, es lo que ella vió en esa oportunidad".- Repreguntada, para que diga cual es su especialidad clínica, la testigo responde que "neurología".- Repreguntada para que diga porqué razón en su informe concluye que la causa probable de la incapacidad sufrida por el demandante no es atribuible a un traumatismo, la testigo responde que "NO es atribuible porque el traumatismo fue leve, de hecho no hubo inconciencia, no presentó déficit motor y no consultó hasta 5 meses después, por un déficit de inicio brusco, lo que sí es atribuible a un accidente cerebro vascular, las complicaciones de un traumatismo craneano que causen un déficit motor son habitualmente mucho más tempranas y se requiere de un traumatismo de mayor intensidad, a menos que el paciente sea muy anciano.- Además, al paciente en el peritaje se le solicitaron exámenes para asegurar el diagnóstico, entre ellos una resonancia magnética cerebral, que no muestra lesiones traumáticas y solo evidencia pequeños focos de gliosis esquémicas que son atribuibles a hiper tensión arterial, es decir, se produce una alteración circulatoria de vasos muy pequeños del cerebro".- Repreguntada para que dada su especialidad que opinión clínica le merece un cuadro de hiper tensión arterial de 195 con 108 a

que alude en su informe, la testigo responde que *"el paciente tiene una hipertensión arterial, esa hipertensión en ese momento pudo ser secundaria al stress del traumatismo, pero eso es transitorio, fugaz en el momento, no se mantiene la hipertensión por meses atribuibles al traumatismo"*.- Repreguntada para que diga porque razón médica señala en su informe que el infarto lacunar sufrido por el demandante puede ser atribuido a la hipertensión arterial, la testigo responde *"porque éstos infartos son pequeños, por eso se llaman lacunares, son una complicación clásica de la hipertensión arterial"*.- Repreguntada para que precise si la hipertensión arterial es una enfermedad, la testigo responde que *"es una enfermedad"*.- Contrainterrogada para que diga que posibilidad hay de que el traumatismo encefalo cráneo pueda generar consecuencias tales como alteraciones circulatorias o aumento de presión intracraneal, la testigo responde que *"un traumatismo grave, con paciente inconciente puede generar aumento de la presión intracraneana, que no es lo mismo que aumento de la presión arterial, y cuando se producen alteraciones circulatorias por un traumatismo grave, habitualmente son hemorragias por ruptura de vasos o venas"*.- Contrainterrogada para que diga si pueden existir episodios puntuales de alza de presión, sin que ello signifique que el paciente sea hipertenso, la testigo responde que *"pueden existir alzas de presión puntuales, pero este paciente estaba en tratamiento por hipertensión, de hecho tomaba nifedipino 20 miligramos dos veces al día"*.- Contrainterrogada para que diga si de las pericias médicas realizadas al paciente se pudo constatar alguna evidencia física del traumatismo que el demandante le refirió, la testigo responde que *"SI, evidenciaba una leve depresión osea frontal derecho, como un hundimiento"*.- Contrainterrogada para que diga si un traumatismo leve puede generar un hundimiento en el cráneo en los términos referidos por la doctora, la testigo responde que *"SI, lo que pasa es que el grado de gravedad está dado más que por el impacto por sus consecuencias, entonces un impacto importante puede generar una depresión osea sin repercusión a nivel cerebral, sin pérdida de conciencia y es catalogado como leve, y un impacto mayor puede no tener repercusión externa pero si interna y sería grave"*.- Contrainterrogada para que diga si existen posibilidades de que las consecuencias de un traumatismo, como por ejemplo pérdida de conciencia puedan desfasarse temporalmente del traumatismo mismo, la testigo responde que *"pueden desfasarse días y en pacientes mayores incluso algunos meses, pero habitualmente es un periodo menor de tiempo"*.-

OCTAVO: De las observaciones a la prueba: De fojas 302 a 314, la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella efectúa las siguientes observaciones a la prueba aportada en autos: Como cuestión previa señala que no requieren ser probados, los siguientes hechos: 1.- La existencia de un contrato de Seguros suscrito por las partes y vigente al momento del accidente: Respecto del cual señala que a fojas 180 en las condiciones particulares de la Póliza de Máxima Seguridad", se expresa textualmente: *La compañía pagará al asegurado el monto definido en la póliza por incapacidad Total y Permanente 2/3 por accidente, de una sola vez y mediante un único pago, cuando la compañía certifique que efectivamente el asegurado se encuentra incapacitado, en los términos señalados en el punto 1º precedente (2/3 de incapacidad)"*.- Y que a foja 182 en "Condiciones Generales" (de la póliza), artículo primero, el contrato establece que *"El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por*

accidentes o de hospitalización a causa de enfermedad, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares”.- Por tanto, queda claro que la compañía de seguro debe pagar producidos dos tipos de eventos distintos: Por accidente o por Hospitalización.- En el inciso segundo del mismo artículo primero y en lo referido al caso de accidente, se entrega una definición del mismo.- Agrega que la vigencia del contrato no ha sido discutida por la contraria y que su representado Juan Tapia Mella aún paga regularmente la prima.- 2.- La existencia de dos accidentes y de dos hospitalizaciones: Al respecto señala que la parte que representa a la aseguradora no ha negado la existencia de los dos accidentes y de las dos respectivas hospitalizaciones, por lo que estos hechos tampoco requieren prueba.- 3.- La incapacidad de su representado Juan Tapia Mella como hecho posterior a los accidentes descritos: Este hecho tampoco requiere prueba porque ambas partes están contestes en que el asegurado Juan Tapia Mella se encuentra con un grado de incapacidad superior a los 2/3 exigidos por la póliza.- Agrega que ésta circunstancia se ve refrendada por dos documentos aportados por ambas partes: Uno de los documentos que da cuenta de ésta incapacidad rola de fojas 114 a fojas 119 y es la Solicitud de Declaración de Invalidez y la Resolución del Instituto Nacional de Previsión que concedió una pensión a Juan Tapia Mella por Invalidez Absoluta.- Por su parte, de fojas 161 a 162 vuelta rola Informe Médico Interconsultor extendido por la Dra. Pilar Canales Fernandez y acompañado por la aseguradora que, en lo pertinente señala: “Grado de Incapacidad Total 77,56 %”.- Hecho éste análisis previo, la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella efectúa las siguientes observaciones a la prueba aportada en autos: **Prueba documental de la parte demandante:** 1.- Solicitud de Declaración de Invalidez de fojas 114 a 118 que prueba que el 28/septiembre/2006 su representado pidió la declaración de invalidez al Instituto de Normalización Previsional, en el cual, a foja 116 se advierte que la presión arterial al examinarlo es de 126/76, presión que a todas luces es de una persona normal; que a foja 115 se le diagnostica un Infarto de Tronco Cerebral y que no está en condiciones de trabajar.- 2.- Resolución del Instituto de Normalización Previsional de 09/marzo/2007 de foja 119 que prueba que se le concedió al asegurado Juan Tapia Mella una pensión de Invalidez Absoluta.- 3.- Informes extendidos por el Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso de foja 120 y foja 122 que son claros en sostener que existe un nexo causa claro entre el accidente de febrero de 2006 y el de julio del mismo año y que constituyen un solo evento en dos fases.- Señala que ambos informes se efectuaron después de examinar al asegurado Juan Tapia Mella y amparado en una serie de exámenes consistentes en Resonancia Nuclear Magnética de cráneo y encéfalo y Electroencefalograma digital de 32 canales que se le hizo.- Por ello señaló que “el trauma recibido en mayo pudo influir en ésta sintomatología como causa efecto retardado de un evento traumático, que por los síntomas descritos tuvo intensidad suficiente para inducir daños isquémicos secundarios al mismo” y que “Los síntomas expresados no aparecieron de inmediato, tampoco la atención de urgencia fue la mas correcta ya que no se realiza ningún examen complementario concluyente que demuestre lo contrario”.- 4.- Certificado médico del Dr. Hernando Duran Palma de 23/agosto/2006 de foja 124, que informa respecto del accidente que generó la incapacidad.- 5.- Certificado extendido por la Dra. Magdalena Arteaga, del Cesfam Carlos Trupp Wanner de Talca de foja 125, en que luego de tomar en tres oportunidades la presión arterial, promedió 126/71, concluyó que el asegurado Juan Tapia Mella no es hipertenso

como ha sostenido artificiosamente la contraria.- 6.- Certificado del Hospital Regional del Maule de foja 126 suscrito por Maria Soledad Bueno Valenzuela que señala que su representado Juan Tapia Mella sufrió un Accidente Vascular Encefálico e Infarto de Tronco Cerebral, y que por éstas razones estuvo hospitalizado desde el 29/julio/2006 al 11/agosto/2006.- 7.- Cuatro cartas remitidas por Corredores de Seguros Paris, MetLife Chile S.A. y la Superintendencia de Seguros que rolan de fojas 127 a 133, que dan cuenta de la negativa de la compañía de seguros de pagar a Juan Tapia Mella y, además, son prueba indubitada de que no operó la prescripción, citando textual el argumento de su parte al respecto: *"Esta parte sostiene que la prescripción se vio interrumpida por cuanto de forma tácita la contraria reconoce el derecho del dueño o del acreedor"*. - A este respecto cita al profesor René Abeliuk M., cita contenida en el fallo de la Corte Suprema que acompaña en su escrito y que señala: *"La interrupción natural se trata siempre de un acto unilateral, que no requiere de aceptación del acreedor para su perfeccionamiento. La interrupción natural es, en consecuencia, todo acto del deudor que importe un reconocimiento de la deuda, ya sea que lo diga así formalmente, o se deduzca de actuaciones suyas"*. - Agrega que su parte está obligada a recordarle a la contraria que desde que ocurrió el accidente que afectó a su representado, la compañía de seguros desplegó una serie de actos que van precisamente en éste sentido; desde el día del accidente, la compañía fué informada y luego de ello hubo contacto permanente con la misma, desplegando una serie de actos que se enmarcan dentro de la interrupción natural de la prescripción.- A modo ejemplar, sin perjuicio de que lo probará debidamente, se incluye en este escrito carta remitida por la demandada a mi representado en que se hace mención a un supuesto peritaje realizado por la compañía, al que se sometió de buena fé, ese sólo hecho implica un reconocimiento de la demandada, pues, del tenor de la contestación, aparece la contradicción de que, por un lado afirman tener la certeza de que, de acuerdo al grado de incapacidad que le imputan al accidente y lo expresado en la póliza, no corresponde pagar al demandante pero, sin embargo, encargan un examen medico, dicho de otra forma, si tenían la convicción de que el siniestro no améritaba pago alguno, porqué entraron en un proceso ininterrumpido que duró desde el accidente hasta después del 16/agosto/2012, en que la Superintendencia de Valores y Seguros se pronunció respecto del reclamo de su parte, en que ésta recomienda "Resolver en Sede Judicial" éste asunto.- Finalmente, señala que la contraria no objetó los documentos indicados previamente.- Audiencia de Exhibición de Documentos solicitada por la parte demandante que rola de fojas 154 a 162 vuelta.- Estos documentos que fueron pedidos por su parte, hacen referencia a la reevaluación médica propuesta y financiada por la compañía de seguros, que termina finalmente en el denominado Informe Médico Consultor emitido por la también testigo de la contraparte, la Dra. Delia Pilar Canales Fernandez.- Este informe rola de fojas 161 a 162 vuelta y hace referencia a que no hay vínculo causal entre los dos eventos (febrero y julio y 2006), cuestión que a luz de lo establecido por la póliza no es relevante, que su representado Juan Tapia Mella sería hipertenso, en conformidad a una ficha presentada por el propio demandante, ficha no acompañada en el informe.- A éste respecto, resulta curioso que en el mismo documento aparece que le midió la presión arterial y tenía 12/80, esto es absolutamente normal y, finalmente, el informe arroja un grado de incapacidad del asegurado Juan Tapia Mella al decir: Grado de Incapacidad Total 77,56 %, muy superior a los 2/3 exigidos por la póliza para el pago.- Prueba testimonial de la parte

demandante de fojas 167 a 172: Declaración del testigo Juan Carlos Lara Céspedes, supervisor financiero de la tienda Ripley de Talca, quien de su declaración al tenor del primer y tercer punto de prueba, permite, en primer lugar, concluir la ocurrencia del accidente acaecido en febrero de 2006 en dependencias del taller de desabolladuras de propiedad del demandante; que no presencié en forma directa el accidente, pero sí haber tenido contacto en forma inmediatamente posterior con el demandante Juan Tapia Mella, pues, es su vecino y lo ve ocasionalmente.- Agrega el abogado defensor que el testigo afirmó la causalidad existente entre el accidente ocurrido en febrero de 2006 y el accidente vascular de julio de 2006, pues refiere que el asegurado Juan Tapia Mella, con anterioridad al traumatismo encefalo craneal, era un hombre saludable y plenamente capacitado para desempeñarse laboralmente, solvente en términos patrimoniales y activo en cuanto a su salud física.- El deterioro posterior fue evidente y terminó en definitiva con el accidente vascular sufrido en julio de 2006.- En segundo lugar, el testigo desconoce mayores detalles referidos a la póliza, pero tiene conocimiento de la formulación del reclamo, que no fue acogido por la aseguradora y su consiguiente no pago.- Finalmente, desconoce el hecho de que el demandante Juan Tapia Mella sufriera de alguna enfermedad preexistente, y que en definitiva, siempre lo vió como un hombre saludable y activo, hasta el traumatismo sufrido en febrero de 2006, origen de todos sus padecimientos posteriores.- Declaración de la testigo Maria Begoña Cordero Lopez de fojas 278 a 281, psicóloga, quien también declara al tenor del primer y tercer punto de prueba.- Hace presente que su declaración permite concluir la efectividad del siniestro acaecido en febrero de 2006, habiendo presenciado la testigo, las consecuencias inmediatas del mismo y el contexto físico-material en el que este se produjo -taller automotriz del demandado-, accidente provocado por herramienta de fierro de más de un metro, utilizada en labores propias de mecánica automotriz, pues era cliente del taller mecánico de propiedad del demandante.- Evidenció asimismo, las consecuencias posteriores y el evidente deterioro de salud física y mental sufrido por Juan Tapia Mella, a quien describe como un hombre saludable y emocionalmente estable en forma previa al siniestro acaecido en febrero de 2006.- La testigo alude en un mismo sentido, el conocimiento más o menos detallado del accidente vascular sufrido por Juan Tapia Mella en julio de 2006, aludiendo que fue el mismo demandante quien le informó de ello.- Sustentada en sus estudios universitarios previos y a modo de opinión, la testigo da cuenta que el deterioro físico sufrido por el demandante, fue progresivo a partir del siniestro sufrido en febrero de 2006, siendo de modo evidente, la única causalidad necesaria sin la cual el accidente vascular de julio de 2006, no se habría producido en un hombre saludable como era Juan Tapia Mella, y según sus antecedentes, sin enfermedades preexistentes.- **Prueba documental de la parte demandada** de fojas 178 a 222, documentos que fueron objetados por la parte demandante a foja 228, de la cual solicitó se tenga por reproducida en forma expresa y que no reproduzca por razones de economía procesal.- No obstante lo anterior, es pertinente agregar, además, lo indicado en relación a la Póliza que a fojas 180 dice "Condiciones Particulares de la Póliza de Máxima Seguridad", se expresa textualmente: "La compañía pagará al asegurado el monto definido en la póliza por incapacidad Total y Permanente 2/3 por accidente, de una sola vez y mediante un único pago, cuando la compañía certifique que efectivamente el asegurado se encuentra incapacitado, en los términos señalados en el punto 1° precedente (2/3 de incapacidad)".- El contrato, a foja 182, en

“Condiciones Generales” (de la póliza), artículo primero, indica textualmente que *“El asegurador pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidentes o de hospitalización a causa de enfermedad, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares”*.- Por lo tanto, queda claro que la compañía de seguro debe pagar producidos dos tipos de eventos distintos: *“Por accidente o por hospitalización a causa de enfermedad”*.- En el inciso segundo del mismo artículo y en lo referido al caso de accidente, se entrega una definición del mismo.- De ésta forma, la compañía de seguros está obligada a pagar a mi representado.- 5.- **Prueba Testimonial de la parte demandada:** En lo que respecta a la prueba testimonial de la parte demandada que rola de fojas 256 a 260, la declaración del testigo, el cardiólogo Oscar Alberto Novoa Carvajal, asesor a honorarios para la compañía aseguradora Met Life, cuestión que pone desde ya, en duda la imparcialidad y objetividad del contenido de su declaración.- Sobre su declaración, lo primero que puede observarse, relevante y atinente a la resolución de éste asunto controvertido, dice relación con la especialidad del médico testigo.- Así pues, él declara no haber tenido contacto directo con el paciente, sino que solamente ha tomado contacto con los datos clínicos de la causa, a partir de los peritajes y posteriores informes neurológicos realizados a Juan Tapia Mella, los que ha debido interpretar a partir de su especialidad clínica.- En tal sentido, su testimonio resulta del todo impertinente y carente de fuerza vinculante, por tratarse de la disquisición de informes y peritajes neurológicos, que malamente podrían ser interpretados a partir de la especialidad de cardiología considerando que, además, el médico no ha tenido contacto directo con el paciente y que fundamenta su interpretación en su experiencia previa como médico de Unidad de Tratamientos Intensivos, en donde son más o menos habituales los pacientes con sintomatología similar.- Así pues, se trata de un testimonio, que arriba a conclusiones “por aproximación”, carente de peso clínico, por tratarse de un médico especialista en un área diversa de la medicina, que además no haber tenido jamás contacto directo con el paciente y el cuadro clínico sufrido por éste.- Interrogado el testigo, a cerca de la factibilidad de que un trauma encéfalo craneano pueda derivar en consecuencias tales como el aumento de la presión intracraneal responde afirmativamente.- Que en un mismo sentido, de fojas 261 a 265 rola declaración de la testigo Pilar Canales Fernández, médico con especialidad en neurología, sobre la cual cabe observar que ésta, a diferencia del testigo previamente individualizado, sí tuvo contacto directo con el paciente, pudiendo examinarlo con posterioridad al cuadro clínico de accidente vascular sufrido en el mes de junio de 2006.- Que en este sentido, la neuróloga Pilar Canales Fernandez, no pudo evidenciar en el momento de su ocurrencia, las consecuencias inmediatas del traumatismo encéfalo craneano sufrido por el demandante.- Respecto a éste, sólo refiere los antecedentes entregados por el propio demandante, razón por la cual, no tiene evidencia empírica de la magnitud del traumatismo sufrido, ergo, malamente puede concluir de modo acertado, que dicho traumatismo no tuvo la magnitud suficiente como para generar en el demandante un accidente vascular.- Por el contrario, sostiene la posibilidad de que un traumatismo encéfalo craneano, pueda, en términos generales, ocasionar un accidente vascular y que, además, sus consecuencias puedan desfasarse en términos de tiempo y espacio, en relación al traumatismo.- Así pues, en atención a lo anterior, cabe concluir a partir de los propios testimonios de los médicos aludidos, que en términos clínicos, es bastante frecuente, primero que todo, que los de un traumatismo encéfalo craneano,

puedan desfasarse espacio-temporalmente de los resultados del mismo, hasta por meses, como ocurre en el caso sublite.- Qué asimismo, tampoco es extraño, ni alejado de la evidencia médica, que un traumatismo encéfalo craneano pueda traer consecuencias tales como alteraciones circulatorias del flujo sanguíneo cerebral y aumento de la presión intracraneal, derivando en una lesión vascular de tronco.- En definitiva, es clínicamente posible sostener que un coagulo producido por un golpe fuerte en la cabeza, en los términos sufridos por el demandante Juan Tapia Mella, pueda bloquear el flujo sanguíneo al cerebro -en un hombre saludable y sin preexistencias-, ocasionando un accidente vascular, desfasado espacio-temporalmente del traumatismo primigenio.- 6.- Informe del Perito doctor Juan Carrasco Pennarolli: En relación a éste informe, debemos decir en general, que se le debe restar toda validez probatoria por las siguientes razones: Primero, porque resulta irrelevante que exista vínculo causal entre lo que hemos denominado dos eventos, ocurridos en febrero y julio del 2006, por cuanto, el seguro se debe pagar por hospitalización a causa de enfermedad y en caso también de accidente.- Segundo, el perito en cuestión habla de "antecedentes clínicos que se dispone", pero no señala cuales son de forma específica.- Tercero, siendo éste el más relevante, porque Juan Tapia Mella no fué examinado.- Así las cosas, éste informe no es mas que un comentario de otros comentarios, dicho de otra forma, el informe no tiene rigor científico alguno.- Nuestro representado o quien suscribe jamás fuimos requeridos para éste examen.-

Por último, resulta pertinente señalar que el fallo que acoge la solicitud de ésta parte en orden a designar a U.S., señala a foja 37 que lo hace en calidad de arbitrador en cuanto al procedimiento y de derecho en cuanto a la dictación de la sentencia, por lo que resulta pertinente en ésta etapa procesal, señalar en cuanto a la apreciación de la prueba, lo anotado por el profesor Juan Pomes Pirotte que indica: "El artículo 637 del Código de Procedimiento Civil determina que el arbitrador deberá dictar su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten.- Lo mismo señala el artículo 640 relativo al contenido de la sentencia del árbitro arbitrador, que debe contener las razones de prudencia o de equidad que le sirven de fundamento.- El árbitro arbitrador tiene amplia libertad en cuanto a la apreciación de la prueba, sin tener que estarse a reglas de valoración establecidas por el legislador.- Sin embargo, ello no significa que el arbitrador pueda actuar valorando la prueba de cualquier forma a su simple antojo.- Se encuentra obligado a aplicar a la valoración de la prueba, la prudencia y la equidad".- Jurisprudencia: Sentencia de la Corte Suprema de 31/enero/1990 señala lo siguiente: "Que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 640 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, la sentencia del arbitrador debe indicar las razones de prudencia o de equidad que sirven de fundamento a su fallo.- Prudencia, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, es una de las cuatro virtudes cardinales que consiste en discernir lo que es bueno o malo, para seguirlo o huir de ello.- Templanza, moderación, discernimiento, buen juicio.- Moderar, según el diccionario, importa templar, ajustar, arreglar una cosa evitando el exceso.- La equidad significa bondad o templanza habitual, propensión a dejarse guiar o a fallar por el sentimiento del deber o de la conciencia, más bien que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley".- Sentencia de la Corte Suprema de 02/enero/1989 que señala: "Que como ha sido resuelto por anterioridad por esta Corte Suprema, la facultad del árbitro arbitrador, de fallar en conciencia, no lo exime de la obligación

de fundamentar sus decisiones ni autoriza la arbitrariedad judicial, y por ello cabe concluir que si incurre en falta, que es necesario enmendar por esta vía cuando se coarta a una de las partes la posibilidad de que pueda impetrar las diligencias de prueba que hagan posible que la sentencia que deben dictar sea fruto de la convicción que emane de los antecedentes y pruebas concretas que se alleguen al proceso y no solamente de apreciaciones puramente subjetivas de los sentenciadores”.- Las dos sentencias anteriores establecen las normas mínimas a las cuales el arbitrador debe estarse al momento de valorar la prueba.- Debe el arbitrador valorar la prueba prudentemente, esto es, valorarla con buen juicio, discerniendo qué prueba es buena y qué prueba es mala, evitando el exceso. Debe estarse al mérito de la prueba rendida.- No podría arbitrariamente desconocer prueba contundente en un sentido determinado, por la sola existencia a una prueba mucho más débil en un sentido contrario y estarse solo a esta última, con el objeto de lograr una conclusión que no se ajuste al mérito del proceso.- Debe además ser equitativo.- No es equitativo estarse sólo a la declaración de un testigo cuando existe abundante prueba documental o incluso testimonial en sentido distinto en el proceso.-

NOVENO: Que llamadas las partes a conciliación ésta no se produce como consta en el acta de 14/agosto/2015 de foja 104 y que por resolución de 09/mayo/2016 de foja 317 se citó a las partes a oír sentencia.-

DECIMO: Del onus probandi o carga de la prueba: Que en el caso particular de los contratos de seguro, la jurisprudencia ha establecido que “*la norma del artículo 539 del Código de Comercio presume ocurrido el siniestro por caso fortuito, una presunción en favor del asegurado o beneficiario, por lo que en principio, su derecho a la indemnización es indubitable.- Acreditada por el asegurado o beneficiario la ocurrencia del siniestro, corresponde a la aseguradora probar los hechos constitutivos de causales de exclusión*” (Revista Fallos del Mes N° 506, página 5070).-

UNDECIMO: De la manera de apreciar la prueba: Que la resolución judicial de 30/enero/2015 que se lee de fojas 36 a 38 dictada por el Segundo Juzgado de Letras de Talca en causa civil rol N° C - 2670 - 2014, estableció que en la dictación del fallo éste sentenciador debe actuar como juez arbitro de derecho, lo que obliga apreciar la prueba conforme a las normas que establecen los artículos 341 a 429 del Código de Procedimiento Civil y 1698 a 1714 del Código Civil.- Por ende, no son aplicables los artículos 637 y 640 del Código Adjetivo, que establecen que el arbitrador deberá dictar su fallo en el sentido que la prudencia y la equidad le dicten, cuyas razones debe consignar en la sentencia, como alegó la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella en su escrito “*Observaciones a la Prueba*” de fojas 302 a 314.-

DECIMO SEGUNDO: Que siguiendo un orden lógico en el desarrollo del raciocinio, en el proceso de ponderación de las pruebas aportadas por las partes y expresadas en los considerandos sexto y séptimo, la labor de éste tribunal arbitral se centrará en probar y establecer los siguientes hechos:

Uno) Si se encuentran o no prescritas las demandas de “*Cumplimiento Forzado Contractual*” y de “*Indemnización de Perjuicios por Daño Moral*” interpuestas por el asegurado Juan Tapia Mella en contra de la aseguradora “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*”.-

Dos) La causa exacta del siniestro, esto es, si el “*accidente vascular*” que el 28/julio/2006 sufrió el asegurado Juan Tapia Mella fué o no consecuencia del accidente que sufrió el 28/febrero/2006.-

Tres) Si el siniestro sufrido por el asegurado Juan Tapia Mella se encontraba o no amparado por la “*Póliza de Accidentes Personales N° 7818270*” incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 92 015.-

Cuatro) Si procede o no que “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” pague al asegurado Juan Tapia Mella el monto del seguro que corresponde a la cobertura de indemnización única por incapacidad total y permanente 2/3 por accidente.-

Cinco) Si procede o no que la aseguradora “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” pague al asegurado Juan Tapia Mella \$ 27.000.000 por el daño moral que le produjo a causa del incumplimiento del contrato de seguro celebrado de común acuerdo.-

DECIMO TERCERO: Que, en primer lugar, corresponde hacerse cargo de la excepción perentoria de prescripción extintiva alegada por la sociedad “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” y de la interrupción natural de la misma alegada por el demandante Juan Tapia Mella, para lo cual se tendrá en consideración los siguientes antecedentes para dirimir la controversia:

Uno) Que en su escrito de “*Contestación de la Demanda*” de fojas 75 a 84, la sociedad “*MetLife Chile Seguros de Vida S.A.*” opuso la excepción perentoria de prescripción fundado en el hecho de que el siniestro que daría lugar a la procedencia del seguro ocurrió el 28/febrero/2006 y la demanda de designación de juez arbitro fue notificada a su parte el 10/diciembre/2014, esto es, más de cuatro años después de ocurrido el siniestro.-

Dos) Que en su escrito de “*Réplica*” de fojas 86 a 96, el asegurado Juan Tapia Mella alegó que el plazo de prescripción se interrumpió naturalmente porque la demandada “*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*” reconoció tácitamente dicha obligación, al desplegar una serie de actos positivos que se enmarcan dentro de la interrupción natural de la prescripción como, por ejemplo, la “*Carta*” que el 03/julio/2012 envió al asegurado para reiterarle el rechazo del siniestro, cuyo texto fue incorporado en su escrito de “*Réplica*” como consta a fojas 90 y 91 del expediente.-

Tres) Que el término legal para declarar la prescripción extintiva de la acción emanada del contrato de seguro está establecido en el artículo 822 del Código de Comercio que dispone “*Las acciones que procedan de las obligaciones de que trata el presente libro y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, durarán cuatro años*”.- A su vez, la interrupción de dicho plazo está regulado en el artículo 2518 del Código Civil que señala que “*La prescripción que extingue las acciones ajenas puede interrumpirse, ya natural, ya civilmente.- Se interrumpe naturalmente por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa ya tácitamente.- Se interrumpe civilmente por la demanda judicial salvo los casos enumerados en el artículo 2503*”.-

Cuatro) Que en el caso sublite, la obligación que se demanda se hizo exigible el 27/febrero/2006, día en que ocurrió el siniestro como consta en la “*Copia de Atención*” de ese día emitido por el Hospital Regional de Talca y que la Neuróloga Delia Pilar Canales Fernandez tuvo a la vista para elaborar su “*Informe Médico Interconsultor*” de foja 161.- Por ende, el término legal para declarar la prescripción

extintiva de la acción emanada del contrato de seguro celebrado por las partes, comenzó a correr inexorablemente el día 28/febrero/2006.-

Cinco) Que para la jurisprudencia *“La prescripción es considerada por la ley como una sanción para quien deja de hacer uso de su derecho durante el tiempo que para el caso se determina y, por ello, la ley ha cuidado también de indicar como esa prescripción se interrumpe, señalando como un caso de interrupción la demanda judicial, ya que importa una manifestación de que no abandona su derecho”* (Gaceta Jurídica, año 1934, página 429).-

Seis) Que por otro lado: a) De existir una interrupción natural de la prescripción, ésta se materializó el 28/abril/2011, día en que la sociedad *“Metlife Chile Seguros de Vida S.A.”* le envió la *“Carta”* al asegurado Juan Tapia Mella para proponerle una evaluación médica, porque las *“Cartas”* que le envió con anterioridad, que son las del 17/julio/2007 de fojas 127; 31/agosto/2011 de fojas 129; 03/julio/2012 de fojas 130 y 16/agosto/2012 de fojas 132, todas ellas le informan derechamente el rechazo del seguro, y; b) La demanda judicial de designación de arbitro para resolver los problemas o conflictos entre las partes, fué interpuesta por el asegurado Juan Tapia Mella el 17/septiembre/2014 dando origen a la causa civil rol N° C - 2670 - 2014 que conoció el Segundo Juzgado de Letras de Talca y fué notificada el 10/diciembre/2014 como dá cuenta la constancia de notificación estampada a foja 32 de dicho expediente.-

Siete) Que como la interrupción natural de la prescripción se produjo 5 años y 2 meses después si se estima que el siniestro ocurrió el 28/febrero/2006 o 5 años y 4 meses después si se estima que ocurrió el 28/julio/2006 es evidente que el referido plazo de prescripción de cuatro años ya había transcurrido inexorablemente cuando fué interpuesta la referida demanda judicial de designación de arbitro.-

Por éstas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 822 del Código de Comercio y 2518 del Código Civil, procede acoger la excepción de prescripción que la aseguradora *“MetLife Chile Seguros de Vida S.A.”* opuso a las demandas de *“Cumplimiento Forzado Contractual”* y de *“Indemnización de Perjuicios por Daño Moral”* interpuestas en su contra por el asegurado Juan Elías Tapia Mella.-

DECIMO CUARTO: Que no obstante encontrarse prescritas ambas demandas, éste sentenciador se hará cargo en los considerandos décimo quinto y décimo séptimo tanto de ellas como de las pruebas aportadas, porque la doctrina nacional estima que *“el arbitraje en materia de contratos de seguros está en jaque por la protección especial que debe recibir el asegurado considerando que se trata de una parte débil frente a un empresario del seguro que reviste el carácter de fuerte”* (Arbitraje en Chile.- Análisis crítico de su normativa y jurisprudencia”, María Fernanda Vasquez Palma, Editorial Legal Publishing Chile, Primera Edición, Marzo 2010, página 527), y también porque, como lo ha reconocido reiteradamente la Corte Suprema, *“la norma del artículo 539 del Código de Comercio, presume ocurrido el siniestro por caso fortuito, una presunción en favor del asegurado o beneficiario, por lo que en principio, su derecho a la indemnización es indubitable.- Acreditada por el asegurado o beneficiario la ocurrencia del siniestro, corresponde a la aseguradora probar los hechos constitutivos de causales de exclusión”* (Revista Fallos del Mes N° 506, página 5070).-

DECIMO QUINTO: Que en ésta dirección y por las reflexiones expuestas en el razonamiento anterior, corresponde ahora establecer la causa exacta del siniestro, esto es, si el accidente vascular que el 28/julio/2006 sufrió el asegurado Juan Tapia Mella fué o no consecuencia del que sufrió el 27/febrero/2006; si dicho siniestro estaba o no amparado por la “Póliza de Accidentes Personales” incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 92 015 y, por último, si corresponde o no el pago del monto del seguro contratado.- Para probar y establecer éstos hechos transcritos en el considerando décimo segundo, se aportó la siguiente prueba documental, testimonial, además de un informe pericial: **Uno)** “Póliza de Accidentes Personales” de fojas 6 a 17 incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 2 92 015, que establece entre otras cosas, la cobertura, las causales de exclusión, el límite de la cobertura, el pago de las primas, etc., el cual merece dos observaciones: a) que la parte demandante lo acompañó de manera incompleta ya que falta la foja donde se consigna la individualización de los contratantes, la fecha de celebración del contrato de seguro y sus firmas, y; b) que ésta misma Póliza rola de fojas 182 a 188, en donde éste sentenciador advierte que todo lo consignado en las fojas 12 a 17 desde la parte que dice “*Alternativa A: Muerte Accidental*”, no es lo mismo que aparece bajo el epígrafe “*Muerte Accidental*” en la foja 185 y lo que sigue hasta la foja 188.-

Dos) “*Condiciones Particulares de la Póliza de Máxima Seguridad*” de fojas 180 y 181, que establece el 17/enero/2005 como fecha de inicio de la cobertura y el detalle de ella, entre las cuales está la indemnización única por incapacidad total y permanente 2/3 por accidente por 600 Unidades de Fomento.-

Tres) Certificado de foja 124 de 23/agosto/2006 emitido por el Dr. Hernandó Duran Palma de la Clínica del Maule de Talca que señala lo siguiente respecto del asegurado Juan Tapia Mella: “*Paciente que el día 29/julio/2006 sufre accidente vascular isquémico por causa hipertensión arterial siendo hospitalizado por 7 días.- Quedó con secuelas hemiplegia derecha y disartria*”.-

Cuatro) Certificado de 12/junio/2007 de foja 126, en el cual Maria Soledad Bueno Gonzalez, Jefe Unidad de Admisión del Hospital Regional de Talca “*certificó que Juan Tapia Mella ingresó al Servicio de Medicina del Hospital Regional de Talca el 29/julio/2006 permaneciendo hospitalizado hasta el 11/agosto/2006 por los siguientes diagnósticos: accidente vascular encefálico e Infarto de Tronco Cerebral*”.-

Cinco) Informe Médico de fojas 120 y 234 emitido el 08/noviembre/2007 por el Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso quien le diagnosticó al asegurado Juan Tapia Mella “*un trauma de cráneo y encéfalo y un accidente vascular encefálico isquémico frontal con secuela motora (hemiparesia espástica derecha)*”.- Este Informe Médico lo efectuó después de practicarle los exámenes pertinentes al asegurado los cuales entregaron los siguientes resultados: Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no soplos TA 140-74 FC 88 por minuto.- Sistema respiratorio: Murmullo vesicular conservado no estertores FR 18 por minuto.- Sistema nervioso: Paciente conciente, orientado en tiempo y espacio y persona, responde al interrogatorio coherentemente, facie no neurológico, marcha sin dificultad.- Memoria reciente disminuida, lentitud anormal para operaciones matemáticas suma y resta.- Motrocidad: Disminución de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho (Extremidad superior -1, Extremidad inferior -2.- Reflejos Osteotendinosos: Bicipital, Tricipital, Estilorracial, Rotuliano y Aquileo (derechos) aumentados (+2).- Sensibilidad

superficial y profunda sin alteraciones evidentes.- Nervios craneales: Disminución de la agudeza visual de cerca y lejos.- Resto de nervios craneales sin alteraciones evidentes.- Fondo de ojo normal no papiledema.- Además se le tomaron los siguientes exámenes: 1.- Una resonancia Nuclear Magnética de cráneo y encéfalo: Lesiones Hiperintensas de sustancia blanca que por aspecto y localización podrían corresponder a focos de gliosis isquémica.- Quiste aracnoidal a nivel de la cisterna magna.- 2.- Electroencefalograma digital 32 canales: Beta frontal que puede ser correlacionado con tensión emocional y/o uso de benzodiacepinas.- Diagnósticos: 1.- Trauma de cráneo y encéfalo; 2.- Accidente vascular encefálico isquémico frontal con secuela motora (hemiparesia espástica derecha).-

Seis) Informe Médico Interconsultor de fojas 161 y 162 de la Neuróloga Pilar Canales Fernandez que señala lo siguiente: a) Respecto del hecho ocurrido el 27/febrero/2006 *“no hubo daño neurológico directo por ese evento”*, y; b) Respecto del ocurrido el 29/julio/2006 entregó el siguiente diagnóstico: 1.- Antecedente de contusión frontal derecha, con herida de cuero cabelludo, sin secuela neurológica; 2.- Ataxia derecha de predominio crural.- Secuela de infarto lacunar.- 3.- Hipertensión arterial en tratamiento, y; 4.- Depresión en tratamiento.- Con éste diagnóstico la citada facultativa concluyó que *“el cuadro de vértigo, desequilibrio y paresia atáxica derecha de predominio crural, catalogado como infarto lacunar ocurrido el 29/julio/2006 puede ser atribuido a la hipertensión arterial pero no al traumatismo antes referido (se refiere al ocurrido el 27/febrero/2006).- La incapacidad no es atribuible al traumatismo”*.- Para llegar a ésta conclusión, además de examinar personalmente al asegurado el 30/junio/2011, la Neuróloga Pilar Canales Fernandez tuvo a la vista la *“Copia de Atención”* de 27/febrero/2006 que señala que en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca, Juan Tapia Mella *“consulta por herida de cuero cabelludo por trauma.- Figura Glasgow 15, presión arterial 195/108 EVA 6 y que no responde al llamado ulterior”* y también tuvo a la vista la *“Ficha Clínica N° 222307”* de 29/julio/2006 del mismo centro asistencial, que señala que *“el 29/julio/2006 Juan Tapia Mella presenta la presencia de vértigo, náusea, desequilibrio.- Se describe Horner Derecho, Hemiataxia Derecha de Predominio Crural Hemihipoestesia Izquierda.- TC cerebral no evidencia lesiones.- Con éstos antecedentes se realizó diagnóstico de infarto de tronco cerebral”*.-

Siete) Declaración de la Neuróloga Pilar Canales Fernandez de fojas 261 a 265, donde afirma que *“revisó la ficha clínica del hospital para confeccionar el informe y hay una copia de atención de fecha 27/febrero/2006, en que el paciente consulta por una herida de cuero cabelludo por trauma, en la ficha aparece descrito “Glasgow” 15, lo que significa que está sin ningún déficit, de conciencia ni motor.- Figura que está hipertenso 195 - 108, de presión, y que no respondió cuando lo llamaron para ser atendido.- Luego lo examina el 30/julio/2011”* y también afirma que *“El accidente vascular de julio 2006 no tuvo relación con el siniestro ocurrido el 26/febrero/2006, incluso así lo señalé en mi informe, dijo que en todos los informes sobre incapacidad se explicita si tiene relación con algún accidente laboral o de trayecto, y en este informe yo puse en forma explícita que no era atribuible al traumatismo”*.-

Ocho) Declaración del cardiólogo Oscar Novoa Carvajal, quien de fojas 256 a 260 afirmó que *“el accidente que ocurrió en el mes de febrero de 2006 no estaba cubierto por la póliza contratada”*; que *“la póliza solo cubría las consecuencias de un accidente”* y que *“el episodio de julio de 2006 correspondió a un accidente*

cerebro vascular del tronco cerebral que fué a su vez el motivo por el que el COMPIN Regional otorgó la invalidez.- Lo anterior fué sostenido por el COMPIN por el cuadro clínico neurológico que mostraba un síndrome de HORNER y un escáner o tac - cerebral que mostró una lesión vascular de tronco.- La resonancia nuclear magnética cerebral posterior mostró gliosis cerebral que corresponde a daño degenerativo de origen probablemente vascular.- Finalmente, el análisis por la perito neurológica doctora Canales, concluyó que el cuadro clínico descrito no tenía relación con el traumatismo descrito en el mes de febrero de 2006”.-

Nueve) Declaración de Juan Carlos Lara Cespedes, supervisor financiero de la Tienda Ripley-Talca de fojas 168 y 169 donde señala que “desde su punto de vista personal si tuvo relación el accidente vascular que sufrió en julio de 2006 con el accidente que sufrió en febrero de 2006 ya que pasaron cuatro meses entre uno y otro, sin ser médico llegó a esa conclusión personal, ya que lo veía con un parche en la cabeza, le costaba caminar y estaba bastante deteriorado, a raíz del golpe” y que “conoce a Juanito hace muchos años, era una persona sana hasta que sufrió éste accidente, en la cabeza quedó meillado, con problemas, con esa herida quedó mal, no podía manejar, estaba enfermo, le costaba caminar, por conclusión yo saco que una persona que tiene un golpe en la cabeza, de esa envergadura y como yo lo ví, en las condiciones puedo presumir que es a raíz del accidente que padeció en febrero de 2006”.-

Diez) Declaración de Maria Begonia Cordero Lopez, psicóloga y psicopedagoga, de fojas 278 a 282 donde contrainterrogada para que diga como le consta que el accidente sufrido en febrero de 2006 es causa directa del accidente vascular sufrido en julio de 2006, afirmó que “como dije antes, me extrañaba que él no se hubiese muerto y la secuela en un golpe en la cabeza van o clínicamente van en una cascada, así se evidencia los detrimentos que son deterioros lentos, el daño se va evidenciando lentamente, eso es lo que yo ví, algo progresivo, creo que el golpe fue un estímulo que detonó todo lo que le pasó a él” y que “hay un evento el 2006 si no mal recuerdo, unos meses después tiene un accidente vascular severo, el cerebro es como un, somos electroquímicos, yo creo que fue detonando neuronalmente algo y termina en ésta crisis que le dá a él en términos de accidente vascular”.-

Once) Por último, se incorporó el Informe Pericial de fojas 294 a 296 del Neurólogo Juan Carrasco Pennaroli, que señala que “según los antecedentes revisados, no hay ninguna evidencia científica que muestre una relación entre el trauma de febrero del 2006 con el infarto de julio de ese mismo año”.-

DECIMO SEXTO: Que la Corte Suprema en causa civil Rol N° 4714 - 2005 señaló “que debe entenderse por enfermedades diagnosticadas médicamente”, 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 conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos, y también: Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte”.-

DECIMO SEPTIMO: Que para dilucidar las interrogantes mencionadas al inicio del considerando décimo quinto que, por lo demás, son los puntos de prueba signados con los números 2, 3 y 4 en el considerando décimo primero, el mérito de las pruebas reseñadas y de las que no fueron mencionadas, apreciadas en calidad de

juez arbitro de derecho conforme a las reglas legales tal como dispone el número 6° del Auto Acordado dictado por la Corte Suprema sobre la forma de las sentencias, resultan idóneas para dar por acreditado de manera fehaciente y fuera de toda duda razonable, los siguientes hechos: Que *“el cuadro clínico que sufrió el asegurado Juan Tapia Mella el 28/julio/2006 no tuvo relación con el traumatismo que sufrió el 26/febrero/2006”* y, por ende, dicho siniestro no estaba amparado por la *“Póliza de Accidentes Personales”* N° 7818270 incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 92 015 y, por lo mismo, no corresponde el pago del monto del seguro contratado.- **Lo anterior por lo siguiente:**

Uno) Respecto de las declaraciones de los testigos Juan Carlos Lara Cespedes, supervisor financiero de la Tienda Ripley-Talca y Maria Begoña Cordero Lopez, psicóloga y psicopedagoga, de fojas 168 y 169 y de fojas 278 a 282 respectivamente y transcritas en el considerando séptimo de ésta sentencia, conforme lo dispuesto en el artículo 384 N° 3 del Código de Procedimiento Civil se preferirán los testimonios de la Neuróloga Pilar Canales Fernandez de fojas 261 a 264 y del Cardiólogo Oscar Novoa Carvajal de fojas 256 a 260, atendido a que dada sus especialidades médicas, conocieron los antecedentes clínicos del asegurado, sino que, además la citada Neurologa examinó personalmente al asegurado el 30/junio/2011 teniendo a la vista la *“Copia de Atención”* y la *“Ficha Clínica”* y, por tanto, se encuentran mejor instruidos de los hechos, lo que les permitió entregar un testimonio más preciso, certero y no contradictorio respecto de los diagnósticos médicos que presentó Juan Tapia Mella los días 28/febrero/2006 y 28/julio/2006 para afirmar que *“el cuadro clínico que sufrió el asegurado Juan Tapia Mella el 28/julio/2006 no tuvo relación con el traumatismo que sufrió el 26/febrero/2006”*.- A diferencia de los testigos Juan Carlos Lara Cespedes y Maria Begoña Cordero Lopez, cuyas declaraciones no tienen el mérito de desvirtuar las conclusiones de dichos facultativos, porque además de ser testigos de oídas, sólo hacen una referencia genérica de los hechos y no cuentan con la especialidad médica necesaria para entregar un diagnóstico preciso sobre los referidos hechos, lo que incluso impide estimarlas como base de una presunción judicial.-

Dos) El Informe Médico del Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso de fojas 120 y 234 de 08/noviembre/2007 que concluye que el diagnóstico del evento de 28/julio/2006 fué *“1.- Trauma de cráneo y encéfalo; 2.- Accidente vascular encefálico isquémico frontal con secuela motora (hemiparesia espástica derecha)”* y que, por tanto, *“no existe causa efecto inmediata”* como lo recordó en su Informe Médico de fojas 122 y 236 del 30/enero/2012, se tendrá por reconocido tácitamente conforme al artículo 1702 del Código Civil y, por ende, hace plena fé en cuanto al hecho de haberse otorgado, a su fecha y en cuanto a la verdad de su afirmación, cual es, que *“el cuadro clínico que sufrió el asegurado Juan Tapia Mella el 28/julio/2006 no tuvo relación con el traumatismo que sufrió el 26/febrero/2006”*, máxime aún, si dicha conclusión es concordante con los demás elementos de prueba reseñados en éste considerando.-

Tres) El Certificado de foja 124 de 23/agosto/2006 emitido por el Dr. Hernando Duran Palma de la Clínica del Maule de Talca respecto del asegurado Juan Tapia Mella que señala: *“Paciente que el día 29/julio/2006 sufre accidente vascular isquémico por causa hipertensión arterial siendo hospitalizado por 7 días.- Quedó con secuelas hemiplegia derecha y disartria”* y el Certificado de foja 126 que señala que el 12/junio/2007 Maria Soledad Bueno Gonzalez, Jefe Unidad de Admisión del

Hospital Regional de Talca “certificó que Juan Tapia Mella ingresó al Servicio de Medicina del Hospital Regional de Talca el 29/julio/2006 permaneciendo hospitalizado hasta el 11/agosto/2006 por los siguientes diagnósticos: accidente vascular encefálico e Infarto de Tronco Cerebral”, son bastantes para constituir, conforme lo disponen los artículos 1712 inciso segundo del Código Civil y 426 inciso primero del Código de Procedimiento Civil, una sola presunción judicial por tener la gravedad, precisión y concordancia suficiente para convencer a éste sentenciador de que “el cuadro clínico que sufrió el asegurado Juan Tapia Mella el 28/julio/2006 no tuvo relación con el traumatismo que sufrió el 26/febrero/2006”.-

Cuatro) El Informe Médico Interconsultor de la Neuróloga Pilar Canales Fernandez de fojas 161 y 162, que concluye que “el cuadro clínico que sufrió el asegurado Juan Tapia Mella el 28/julio/2006 no tuvo relación con el traumatismo que sufrió el 26/febrero/2006”, se tendrá como instrumento privado indubitado conforme al artículo 352 N° 3 en relación con el artículo 346 N° 1 y N° 3, ambos del Código de Enjuiciamiento Civil, ya que, dada su especialidad médica de neuróloga, se encuentra mejor instruida de los hechos, lo que le permitió entregar un testimonio más preciso y certero respecto de los diagnósticos médicos que presentó el asegurado Juan Tapia Mella los días 27/febrero/2006 y 28/julio/2006.- Máxime aún, si para materializar su Informe Médico Interconsultor, además de examinarlo el 30/junio/2011, tuvo a la vista la “Copia de Atención” de 27/febrero/2006 que señala que en el Servicio de Urgencia del Hospital Regional de Talca, Juan Tapia Mella “consulta por herida de cuero cabelludo por trauma.- Figura Glasgow 15, presión arterial 195/108 EVA 6 y que no responde al llamado ulterior” y también tuvo a la vista la “Ficha Clínica N° 222307” de 29/julio/2006 del mismo centro asistencial, que señala que “el 29/julio/2006 Juan Tapia Mella presenta la presencia de vértigo, náusea, desequilibrio.- Se describe Horner Derecho, Hemiataxia Derecha de Predominio Crural Hemihipoestesia Izquierda.- TC cerebral no evidencia lesiones.- Con éstos antecedentes se realizó diagnóstico de infarto de tronco cerebral”.- Además, el referido “Informe Médico Interconsultor” también se tendrá como instrumento privado indubitado, porque la citada facultativa reconoció como suya la firma estampada en él, porque ratificó íntegramente su contenido en su declaración de foja 263; porque el asegurado no objetó dicho informe médico interconsultor ni alegó su falsedad o falta de integridad y, por último, porque en la audiencia de fojas 154 y 155 de 29/octubre/2015, la aseguradora “Metlife Chile Seguros de Vida S.A.” exhibió dicho documento y el asegurado tampoco lo objetó.- Sin perjuicio de lo anterior, para nuestra jurisprudencia los documentos que tuvo a la vista la Neuróloga Pilar Canales Fernandez que son la “Copia de Atención” de 27/febrero/2006 y la “Ficha Clínica N° 222307” de 29/julio/2006 del mismo centro asistencial, son instrumentos privados, que dada su función, fueron importantes en la conclusión del citado informe aún cuando no fueron acompañados a la causa, ya que, “por si solos, para cualquier tribunal civil constituyen la base de una presunción judicial que, por reunir los requisitos de gravedad y precisión suficientes que exige el inciso segundo del artículo 426 del Código de Procedimiento Civil, permitió formar convencimiento” (Gaceta Jurídica N° 409, página 141), máxime si no se contradice con el resto de las probanzas singularizadas en éste considerando.-

Cinco) El Informe Pericial del Neurólogo Juan Carrasco Pennaroli de fojas 294 a 296, ponderada su fuerza probatoria en conformidad a las reglas de la sana crítica según lo exige el artículo 425 del Código Adjetivo, es decir, según los dictados de la

lógica y las máximas de experiencia, que son los elementos que entran en juego dentro del sistema de apreciación de ésta prueba, tendrá el valor de plena prueba del hecho de que *“no hay ninguna evidencia científica que muestre una relación entre el trauma de febrero del 2006 con el infarto de julio de ese mismo año”* como lo afirma, máxime aún, si para ello revisó los diez antecedentes que singulariza en su informe pericial y dicha conclusión coincide con las cuatro probanzas que anteceden.-

Respecto de la observación hecha por la parte demandante en su escrito *“Observaciones a la Prueba”* de fojas 302 a 314, en el sentido de que se le debe restar todo mérito probatorio al citado Informe Pericial porque que el asegurado Juan Tapia Mella nunca fue requerido ni examinado por el citado facultativo, dicha observación es impertinente porque por resolución de 22/marzo/2016 de foja 291, que no fue impugnada, se estableció que dicho Informe Pericial *“se efectuará con los antecedentes clínicos agregados a la causa arbitral”*.-

Por último, y por el mérito de las mismas cuatro pruebas antes singularizadas, también se tendrá por probado el hecho de que el siniestro en comento no estaba amparado por la *“Póliza de Accidentes Personales”* N° 7818270 incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 92 015 y, por lo mismo, no corresponde el pago del monto del seguro contratado.-

DECIMO OCTAVO: Que para restarle mérito probatorio a los documentos singularizados en el motivo que antecede, la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella nunca pidió a éste tribunal arbitral, pudiendo hacerlo, que se oficie al Hospital Regional de Talca para que remita las *“Fichas Clínicas”*, las *“Copias de Atención”* y los *“Diagnósticos Médicos y Recetas”* que le fueron prescritas de los eventos ocurridos los días 26/febrero/2006 y 28/julio/2006.- Al contrario, en el otro si de su escrito de foja 282, hizo presente que su representado Juan Tapia Mella no tiene ni ha tenido dichos documentos, cuya exhibición se le pidió a foja 173, en circunstancias que como paciente, estuvo siempre en condiciones de pedirlos y obtenerlos personalmente en el citado recinto asistencial para exhibirlos a la contraparte y/o acompañarlos como medios de prueba.-

DECIMO NOVENO: Que continuando con la línea argumentativa, en nada alteran las conclusiones a las que se arribó en la reflexión décimo séptima, el mérito de los siguientes documentos acompañados y no examinados específicamente:

Uno) La *“Carta”* de 16/agosto/2006 de foja 132 por la cual la *“Superintendencia de Valores y Seguros”* le comunicó al asegurado Juan Tapia Mella que *“en caso de disconformidad con el rechazo de la cobertura, el asunto debería ser resuelto en sede judicial, instancia en que las partes podrán hacer valer sus alegaciones y defensas, además de aportar los medios de prueba con que cuenten”*.-

Dos) La *“Solicitud de Declaración de Invalidez”* de 28/septiembre/2006 de fojas 18 a 23 y 114 a 118 por el cual el asegurado Juan Tapia Mella pidió al *“Instituto de Normalización Previsional”* la declaración de su invalidez absoluta.-

Tres) La Resolución 715689/0-3 de 09/marzo/2007 de foja 119 que señala que el 09/marzo/2007 el *“Instituto de Normalización Previsional”* le otorgó al asegurado Juan Elías Tapia Mella una pensión de invalidez absoluta por \$ 89.716 mensuales a partir del 24/febrero/2007.-

Cuatro) La “Carta” de 17/julio/2007 de foja 127 que señala que el 17/julio/2007, Hector Hidalgo Cordova, Jefe de Postventa de “Paris Corredores de Seguros Ltda.” (que actuó como intermediaria en la celebración del contrato de seguro), le comunicó a Juan Tapia Mella que *“su siniestro fué rechazado porque la causa de su invalidez corresponde a una enfermedad, específicamente un accidente vascular encefálico y no a un accidente en los términos establecidos en la póliza contratada”*.-

Cinco) La “Carta” de 15/enero/2008 de foja 178 por el cual el asegurado Juan Tapia Mella le expuso a la Superintendencia de Valores y Seguros *“los motivos por los cuales quiere hacer efectivo el cobro del seguro que tiene vigente con la aseguradora intermediada por “Servicios Falabella Pro Ltda.”, que fué rechazado”*.-

Seis) La “Carta” de 28/abril/2011 de foja 158 por el cual “Metlife Chile Seguros de Vida S.A.” le informó al asegurado Juan Tapia Mella que *“los nuevos antecedentes presentados para la re-evaluación del siniestro no eran concluyentes, razón por la cual se le propuso una evaluación médica independiente”*.-

Siete) La “Carta” de 20/mayo/2011 de foja 159 por el cual el asegurado Juan Tapia Mella *“manifestó su conformidad a efectos de ser sometido a la evaluación médica propuesta por la aseguradora”*.-

Ocho) La “Carta” de 03/julio/2013 de fojas 24 y 130 por el cual “Metlife Chile Seguros de Vida S.A.” comunicó a Juan Tapia Mella que *“la compañía reitera el rechazo del siniestro”, en mérito del “Informe Médico Interconsultor” de la Neuróloga Pilar Canales Fernandez y del hecho que en la “Solicitud de Declaración de Invalidez” el Dr. Daniel Carcamo P. no indica que el infarto de tronco cerebral que le diagnosticó fue causado por un accidente*.-

Nueve) El “Informe Médico” del Neurólogo Carlos Gonzalez Barroso de fojas 122 y 236 de 30/enero/2012 donde reconsideró el diagnóstico *“trauma de cráneo y encéfalo”* que entregó en su Informe Médico de 08/noviembre/2007”, el cual no altera las conclusiones a las que se arribó en la reflexión décimo sexta porque no es concluyente si textualmente informó *“porque no pensar que el trauma fue lo suficientemente intenso para inducir edema y lesiones cerebrales que a posteriori se traducen en un elemento focal evidente y demostrable, que hoy mantiene sus secuelas”*.-

VIGESIMO: Que respecto del quinto y último punto punto de prueba transcrito en el considerando décimo segundo, cual es, si procede o no que la aseguradora “MetLife Chile Seguros de Vida S.A.” pague al asegurado Juan Tapia Mella \$ 27.000.000 por el daño moral que le produjo a causa del incumplimiento del contrato de seguro, en autos la carga de la prueba no fué satisfecha por el demandante ya que no rindió prueba alguna al respecto, en circunstancias que el daño moral debe ser probado por quien lo reclama, sin perjuicio que dicha prueba habría sido irrelevante por lo expuesto en el considerando décimo sexto, por lo que ella será rechazada de plano.-

VIGESIMO PRIMERO: Objeciones de Documentos:

Uno) De fojas 228 a 231 y por la causal que establece el artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella objetó los siguientes documentos que “Metlife Chile Seguros de Vida S.A.” acompañó a foja 173: a) Los documentos de fojas 195 a 222 tomada de los sitios web de “Texas Heart Institute”, “Clínica Alemana de Santiago”, “Tu Centro Médico

Online” y *Wikipedia*”, los objetó por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, esto es, por falsedad de los mismos, ya que no emanan de su parte y también por falta de integridad por cuanto la contraria lo acompañó de forma parcializada.- b) El Informe Confidencial Médico Asesor del 27/abril/2011 de foja 194, por el cual el médico contralor de la aseguradora “*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*” Dr. Oscar Novoa Carvajal “*recomendó la evaluación de un neurólogo independiente*” los objetó por advertir incongruencias en los informes de los neurólogos Daniel Carcamo y Carlos Gonzalez Barroso, con diagnósticos totalmente diferentes.- Este documento lo objetó por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, esto es, por falta de integridad y autenticidad, por tratarse de simples fotocopias de los cuales no puede desprenderse su integridad ni menos su autenticidad, siendo todos papeles emanados de la misma parte que los presenta o de terceros relacionados con ella que no tienen fecha cierta ni es posible, respecto de ellos, tener claridad sobre su autenticidad e integridad; por lo mismo lo anterior implica que el instrumento no sea completo y en este sentido, por tratarse de simples fotocopias, no es posible afirmar que éstos sean integros.- c) La Carta de foja 178 del 15/enero/2008 enviada por el asegurado Juan Tapia Mella a la “*Superintendencia de Valores y Seguros*” donde “*expone los motivos por los cuales quiere hacer efectivo el cobro del seguro que tiene vigente con la aseguradora intermediada por “Servicios Falabella Pro Ltda.”*”, que fué rechazado”.- Este documento lo objetó por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, esto es, por falta de integridad y por falta de autenticidad, por tratarse de simple fotocopia del cual no puede desprenderse su integridad ni menos su autenticidad, siendo un papel emanado de la misma parte que lo presenta o de terceros relacionados con ella que no tienen fecha cierta ni es posible, respecto de ellos, tener claridad sobre su autenticidad e integridad; por lo mismo lo anterior implica que el instrumento no sea completo y en este sentido, por tratarse de simples fotocopias, no es posible afirmar que éstos sean integros.- d) Por último, objetó el documento “*Condiciones Particulares de la Póliza de Máxima Seguridad*” de fojas 180 y 181 que señala, entre otros puntos, las coberturas del contrato de seguro y que se entiende por “*incapacidad total y permanente dos tercios por accidente*”, y lo objetó por la causal del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil, esto es, por falta de integridad y autenticidad, por tratarse de simples fotocopias de los cuales no puede desprenderse su integridad ni menos su autenticidad, siendo todos papeles emanados de la misma parte que los presenta o de terceros relacionados con ella que no tienen fecha cierta ni es posible, respecto de ellos, tener claridad sobre su autenticidad e integridad; por lo mismo lo anterior implica que el instrumento no sea completo y en este sentido, por tratarse de simples fotocopias, no es posible afirmar que éstos sean integros.-

Dos) Que las objeciones de los documentos expresados en las letras a), b) y c) precedente, serán desestimadas porque los documentos que emanan de terceros, que es el caso, deben acompañarse con citación y no bajo el apercibimiento del artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil porque éste precepto rige únicamente contra la parte que aparece otorgando el documento que se acompaña.- Por su parte, y no obstante ser acompañado en forma legal, la objeción del documento expresado en la letra d) será desestimado porque su mérito no se contradice con la “*Póliza de Accidentes Personales*” N° 7818270 incorporada al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 92 015, el que si fue acompañado de manera incompleta ya que le falta la foja donde se consigna la

individualización de los contratantes, la fecha de celebración del contrato de seguro y sus firmas, y además, porque ésta Póliza rola de fojas 182 a 188, en donde éste sentenciador advierte que todo lo consignado en las fojas 12 a 17 desde la parte que dice "*Alternativa A: Muerte Accidental*", no es lo mismo que aparece bajo el epígrafe "*Muerte Accidental*" en la foja 185 y lo que sigue hasta la foja 188.-

Tres) Que por lo anterior, se rechazará la incidencia de objeción de los documentos acompañados por "*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*" a fojas 173 planteada por la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella de fojas 228 a 231.-

VIGESIMO SEGUNDO: Tachas.-

Uno) Que en la audiencia de prueba testimonial efectuada el 11/noviembre/2015 en el Décimo Séptimo Juzgado Civil de Santiago, en causa sobre Exhorto rol V-298-2015 cuya acta rola de fojas 256 a 260, la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella tachó al testigo Oscar Alberto Novoa Carvajal por las causales establecidas en el artículo 358 N° 5 y N° 6 del Código de Procedimiento Civil.- La del N° 5 la funda en el hecho de que "*el testigo señaló que es trabajador a honorarios de Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*" y la del N° 6 la funda en el hecho de que "*al percibir honorarios profesionales pagados por la citada institución se puede colegir un interés directo o indirecto en el pleito*".-

Dos) Que evacuando el traslado que se le confirió, la parte que representa a "*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*" pidió su rechazo con costas por manifiesta falta de fundamentos, por cuanto respecto de la tacha del N° 5 "*la circunstancia de haber prestado el testigo asesorías a honorarios para la compañía aseguradora no lo transforma en trabajador dependiente de ésta*.- En dicho sentido, la articulista confunde las cosas por cuanto no es efectivo que el testigo haya señalado que es trabajador a honorarios, según indica en su tacha.- Por lo demás, por la propia profesión del testigo quien es médico, se desprende que su vinculación no puede ser la de un trabajador dependiente de la aseguradora.- Cuando un profesional asesora a cualquier otra persona no por ello pasa a ser su dependiente".- Y respecto de la tacha del N° 6, pidió su rechazo porque "*los servicios prestados a honorarios por el testigo a favor de la compañía no implica bajo ningún sentido que ésta pueda tener un interés en los resultados de éste pleito, interés que ha de ser pecuniario y referir a los resultados del pleito*".-

Tres) Que el artículo 358 del Código Adjetivo establece que "*Son también inhábiles para declarar: N° 5: Los trabajadores y labradores dependientes de la persona que exige su testimonio*" y N° 6: *Los que a juicio del tribunal carezcan de la imparcialidad necesaria para declarar por tener en el pleito interés directo o indirecto*".-

Cuatro) Que la tacha del N° 5 se rechazará por cuanto, respondiendo a las preguntas de tacha, el testigo Oscar Novoa Carvajal declaró que es asesor médico a honorarios de "*Metlife Chile Seguros de Vida S.A.*" y que no tiene contrato de trabajo, de lo cual se colige que no es un trabajador que tiene un vínculo de subordinación y dependencia de dicha institución.-

Cinco) Que la tacha del N° 6 también se rechazará por cuanto, respondiendo a las preguntas de tacha, el testigo Oscar Novoa Carvajal declaró que no tiene interés en el resultado del juicio y, además, porque dicho testigo no cumple con las exigencias básicas que debe concurrir para tacharlo por ésta causal que son: a) que el interés sea patrimonial y, b) que dicho interés esté vinculado al resultado del actual pleito y no a

otra circunstancia.- Y no cumple con dichas exigencias porque en lo atinente, de fojas 256 a 260 el testigo Oscar Novoa Carvajal, en su calidad de médico con especialidad de cardiólogo, solo se limitó a reiterar el diagnóstico médico establecido por otros profesionales lo que después fue corroborado por el Neurologo Juan Carrasco Pennaroli en su Informe Pericial de fojas 294 a 296 al declarar a fojas 256 a 260, que *"el accidente que ocurrió en el mes de febrero de 2006 no estaba cubierto por la póliza contratada"*; que *"la póliza solo cubría las consecuencias de un accidente"* y que *"el episodio de julio de 2006 correspondió a un accidente cerebro vascular del tronco cerebral que fué a su vez el motivo por el que el COMPIN Regional otorgó la invalidez.- Finalmente, el análisis por la perito neurológica doctora Canales, concluyó que el cuadro clínico descrito no tenía relación con el traumatismo descrito en el mes de febrero de 2006"*.-

Seis) Que por lo anterior, se rechazarán las tachas opuestas por la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella en contra del testigo Oscar Alberto Novoa Carvajal por las causales establecidas en el artículo 358 N° 5 y N° 6 del Código de Procedimiento Civil.-

VIGESIMO TERCERO: Que, sin perjuicio de lo expresado en los considerandos anteriores, las pruebas aportadas acreditaron, fuera de toda duda razonable, que el *"accidente vascular"* que el 27/julio/2006 sufrió el asegurado Juan Elias Tapia Mella no fué consecuencia del accidente que sufrió el 27/febrero/2006 por lo que, consecuencialmente, dicho siniestro no se encontraba amparado por la *"Póliza de Accidentes Personales"* N° 7818270 y las *"Condiciones Particulares de la Póliza de Máxima Seguridad"* y, por lo mismo, no procede ni el pago del monto del seguro contratado ni el pago por el daño moral que habría sufrido.-

VIGESIMO CUARTO: Que el asegurado tuvo motivos pausibles para litigar, ya que en el caso particular de los contratos de seguro, la jurisprudencia ha establecido que *"la norma del artículo 539 del Código de Comercio presume ocurrido el siniestro por caso fortuito, una presunción en favor del asegurado o beneficiario, por lo que en principio, su derecho a la indemnización es indubitante.- Acreditada por el asegurado o beneficiario la ocurrencia del siniestro, corresponde a la aseguradora probar los hechos constitutivos de causales de exclusión"* (Revista Fallos del Mes N° 506, página 5070).-

Por las consideraciones anteriores y en virtud de lo dispuesto en los artículos 158, 169, 170, 384 N° 3, 352 N° 3; 346 N° 1 y N° 3, 425 y 430 del Código de Procedimiento Civil; 539 y 822 del Código de Comercio; 1489, 1545, 1546, 1702, 2503 y 2518 del Código Civil y en el auto acordado de la Excm. Corte Suprema sobre forma de las sentencias de 30/septiembre/1920, **SE DECLARA:**

PRIMERO: Que **SE RECHAZA** la objeción de los documentos singularizados en las letras a), b) y c) del numerando uno del considerando vigésimo primero, acompañados por *"Metlife Chile Seguros de Vida S.A."* a foja 173 y que fue planteada por el asegurado Juan Elias Tapia Mella de fojas 228 a 231.-

SEGUNDO: Que **SE RECHAZAN** las tachas opuestas por la parte que representa al asegurado Juan Tapia Mella en contra del testigo Oscar Alberto Novoa Carvajal por las causales establecidas en el artículo 358 N° 5 y N° 6 del Código de Procedimiento Civil.-

TERCERO: Que **SE ACOGE** la excepción perentoria de prescripción extintiva de las demandas de "*Cumplimiento Forzado Contractual*" y de "*Indemnización de Perjuicios por Daño Moral*" interpuestas por el asegurado **JUAN ELIAS TAPIA MELLA** en contra de la aseguradora "**METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**", en lo principal y primer otrosi de su libelo de fojas 53 a 60.-

CUARTO: Que no se condena en costas a la parte demandante por haber tenido motivo plausible para litigar no obstante haber resultado totalmente vencida en ésta causa.-

Notifíquese personalmente a las partes y archívese en su oportunidad.-

Pronunciada por don Roberto Saldías Concha, Juez Arbitro.- Autoriza don Gonzalo Perez Correa, Actuario.-