

Seminario
Y 1923

SANTIAGO, DIECISIETE DE ENERO DE DOS MIL ONCE

Antecedentes.-

A fojas uno don Fernando Martínez Pizarro, pensionado, domiciliado en la Serena solicitó se citara al Banco Estado corredores de seguros S.A., al Banco del Estado de Chile y a Matlife Chile Seguros de Vida S.A. a las personas jurídicas a las que individualizó, a una audiencia para la designación de un juez árbitro que procediera a la solución del conflicto de intereses que indica, producto de la celebración de un contrato de seguro entre las partes y del no reconocimiento de la cobertura por parte del asegurador, o, a falta de acuerdo o inasistencia de una de las partes, para ser designado por el Juez de la causa.

A fojas 26 consta la celebración del comparendo de rigor, al que no comparecieron los demandados, por lo que el Tribunal quedó de resolver sobre la designación.

Con fecha 14 de enero de 2009, la señora Juez del Vigésimo Cuarto Juzgado Civil de Santiago, designó al suscrito Eduardo Jara Miranda, como árbitro de derecho para que resuelva las controversias suscitadas entre las partes, con motivo del contrato celebrado por éstas, con fecha 17 de abril de 2007.

El 30 de marzo de 2009 se notificó, según consta a fojas 29, en la Secretaría del Tribunal, personalmente al señor Jara. Posteriormente, a fojas 273, se subsanó la omisión en que se incurrió al no dejarse constancia expresa de que el árbitro aceptaba el cargo y juraba desempeñarlo fielmente y en el menor tiempo posible.

CONFIRME CON SU ORIGINAL
SECRETARÍA

En igual fecha se tuvo por constituido el compromiso y se designó
Secretaria a doña Cecilia Irene Pastén Pérez, Secretaria del Vigésimo
Primer Juzgado Civil de Santiago.

El 16 de abril de dos mil nueve se realizó el primer comparendo con
asistencia de los abogados de las partes. En esa oportunidad el abogado
don Marcelo Davico en representación del Banco del Estado de Chile y
Banco Estado Corredores de Seguros opuso una excepción de previo
especial pronunciamiento consistente en un incidente de
competencia absoluta del tribunal arbitral por cuanto ni uno y otro de
los representados son parte en la controversia planteada la que solo
afecta a la Compañía de Seguros y al Asegurado. Los conflictos que
podrían existir entre el asegurado y sus representados no son de
competencia del árbitro.

En esa misma ocasión, la parte de Metlife evacuó de inmediato el
dictamen que se le confirió, expresando su acuerdo con la excepción
planteada lo que ratificó a fojas 54 el abogado en que el actor se allanó a
la excepción, por lo que el juicio arbitral continuó entre don Fernando
Martínez Pizarro y Metlife Chile Seguros de Vida S.A.

Período de discusión.-

A fojas 61 don Fernando Antonio Martínez Pizarro deduce demanda en
contra de Metlife Chile Seguros de Vida S.A. con la finalidad – según
expone – que se declare que la demandada debe pagarle, en calidad de
asegurado el monto total del capital contratado por concepto de la
cobertura de invalidez total y permanente 2/3 ascendente a UF 1500.

En la continuación se refiere a la contratación del seguro lo que se realizó
en las oficinas del BancoEstado en La Serena, en la que un funcionario
de ese Banco, por cuenta de BancoEstado corredores de seguros S.A. le
ofreció un seguro de vida e invalidez. El demandante habría solicitado al
funcionario se le hicieran exámenes médicos, a lo que éste le habría

testado que por ser una "promoción" del Banco, ello no era necesario.

Después se refiere in extenso a sus antecedentes médicos y los diversos exámenes a que fue sometido.

Después adelante se refiere a la denuncia del siniestro y la respuesta de la compañía aseguradora. Esta consistió en el rechazo del pago de la indemnización reclamada aduciendo que la *espondiloartrosis dorsolumbar y lumbago crónico, de acuerdo a los antecedentes médicos presentados en el diagnóstico estaba presente a lo menos desde diciembre de 2003, lo cual es anterior a la vigencia de la póliza. Grado de incapacidad 0%.* Se agrega el oficio de rechazo que el certificado de incapacidad de fecha 8 de septiembre de 2006 emitido por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, indica que Ud. presenta una incapacidad del 70% asociado a los diagnósticos de *espondiloartrosis dorsolumbar, lumbago crónico, lo cual es meramente referencial para la compañía.*

Hace mención, en seguida, al reclamo que formuló ante la Superintendencia de Seguros y la nutrida correspondencia intercambiada, el que concluyó con la respuesta de la Superintendencia que indica que *el problema que dio origen a su presentación no puede ser resuelto administrativamente, puesto que la controversia que mantiene con la aseguradora se refieren a un hecho como lo es la fecha efectiva de la dolencia o diagnóstico, respecto de los cuales no se tienen elementos de juicio suficientes. Por lo tanto, si no se conforma con lo resuelto por la aseguradora deberá recurrir al juez árbitro que se designe de común acuerdo o por la justicia ordinaria en subsidio de conformidad a la cláusula arbitral de la póliza respectiva.*

Después, la demanda argumenta acerca de las razones que hacen precedente el pago del capital asegurado. Al respecto, hace un completo análisis de los exámenes médicos que sirven de base a su razonamiento.

realiza su presentación con una referencia a la cláusula arbitral de la póliza, solicitando finalmente, como ya se indicó que Metlife le pague la totalidad del capital asegurado ascendente a 1500 Unidades de Fomento, la suma que el Tribunal determine, con costas.

En las fojas 76, la demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A. contesta el libelo expresando que mediante el documento "*solicitud de contratación de seguro de vida e invalidez solicitud instrucción de cargo en cuenta de chequequera electrónica el demandante*" formalizó su decisión de contratar un seguro de vida e invalidez de las características que en dicho documento se indican. Señala que en la declaración de edad y salud, el actor dijo no padecer, entre otras de "*patologías a la columna vertebral, tales como inflamaciones tumorales y traumáticas como patologías que limitan la vida sobre un 30% y patologías al aparato muscular esquelético*".

Continúa señalando que el demandante reconoce en su libelo que en forma previa a la contratación del seguro se realizó los siguientes procedimientos médicos. 1) Densitometría ósea, el 10 de octubre de 2003, 2) RX Columna total, el 9 de diciembre de 2003; 3) Visita al fisioterapeuta Rafael Prieto en febrero y marzo de 2004 por dolores de espalda 4) Visita al médico traumatólogo Dr. Nelson Cerpa quien le solicitó una resonancia magnética para establecer la posible existencia de una escoliosis (signos de interrogación)".

Sobre la base de los antecedentes reseñados, la demandada resume los antecedentes que, según ella, el propio demandante relata.

Luego, la demandada plantea su primera defensa "No pago y término del seguro por falsedades en la declaración personal de salud". Al respecto sostiene que el demandante declaró que no padecía de problemas en la columna vertebral, no obstante que los procedimientos médicos realizados antes de la contratación del seguro, establecen claramente lo contrario por lo que es del todo imposible que el asegurado pueda asegurar que no adolecía de "patologías a la columna vertebral o

CONSERVARE EN SU ORIGINAL
SECRETARÍA

patologías al aparato músculo esquelético". Si la demandada hubiera debido de los graves y persistentes dolores en la espalda que sufría el demandante, no habría aceptado cubrir el riesgo. A sabiendas de aquello, el demandante omitió informar los problemas de salud que lo aquejaban.

Para el evento que se desechara la primera defensa interpuesta, solicita el rechazo de la demanda sobre la base de una segunda defensa "No pago del siniestro ya que el origen del mismo es anterior a la contratación del seguro".

Expresa que de acuerdo con lo expresado en la carta en que rechaza el pago del seguro, la invalidez permanente – que cubre el seguro – debe haber causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional", esto es, la vigencia del seguro. Agrega que ello significa que se exige no que la enfermedad haya sido diagnosticada durante la vigencia de las pólizas, sino que la enfermedad tenga su "origen" durante la vigencia de ellas, Así lo exige la póliza adicional, lo que claramente en autos no se cumple, dado que el origen de la enfermedad, según lo indica el propio demandante, habría ocurrido al menos seis meses antes del inicio de vigencia de la póliza.

Para el caso que se desechara esta segunda defensa, solicita el rechazo de la demanda "por nulidad relativa del seguro por falsedades previas a la contratación del mismo".

Ello se justificaría, según lo prescriben los artículos 556 N°1 y 557 N°1 del Código de Comercio, en razón de las falsedades y reticencias en que incurrió el asegurado demandante, ya que la veracidad de las declaraciones que el asegurado efectúe previo a la contratación del seguro son, de acuerdo con la disposición mencionada, una condición de validez del contrato de seguro. Al efecto se remite a los antecedentes de hecho ya consignados.

A fojas 87, el demandante replica exponiendo lo siguiente: No es efectivo que don Fernando Martínez haya presentado antecedentes al

CONFORME CON EL ORIGINAL

SECRETARÍA

ST. JUAN P.R.
y o.c.

tratar el seguro que se relacionen directamente con la espondiloartrosis que le ha causado a la invalidez. Al efecto, analiza los resultados de los exámenes de Densitometría ósea y de la radiografía de columna que han sido mencionados. Niega que haya existido la existencia, puesto que lo que el actor sufrió fueron lumbagos que no guardan relación alguna con la enfermedad invalidante. Agrega que esta enfermedad tuvo su origen durante la vigencia de la póliza y no puede entenderse que los lumbagos y la hernia del núcleo pulposos hayan ocasionado la espondiloartrosis, ya que médicamente son conceptos distintos. Precisa cual es el alcance que a su juicio tienen los informes de los doctores Prieto y Musa, que no es otro que referencia a lumbagos y no a espolindoartrosis.

En fojas 93 rola la dúplica evacuada por la compañía demandada haciéndose cargo de las argumentaciones del actor. A este respecto señala que incluso en el caso hipotético de que se determine que los lumbagos y la hernia del núcleo pulposos guardan relación con la espondiloartrosis, el actor tenía la obligación y el deber de declararlas enfermedades que padecía lo que vulnera lo dispuesto en el artículo 556 del Código de Comercio. No

Agrega que el demandante reconoce en su libelo que en forma previa a la contratación del seguro se realizó procedimientos y tratamientos médicos relativos a su columna vertebral. Independientemente de la calificación médico-científica de los dolores y molestias que sufría el asegurado, éste presentó problemas a la espalda con anterioridad a la vigencia de la póliza. Tal hecho debió haberlo declarado. Finalmente, en cuanto a los informes de los doctores Prieto y Musa, que fueron solicitados por la compañía para evaluar el siniestro, ellos afirman que desde la primera sesión el paciente tuvo conocimiento de padecer esta enfermedad.

CONFIRMESE POR ORIGINAL
SECT. 1

Método de prueba.-

Tribunal, a fojas 100 recibió la causa a prueba y fijó como hechos probados, pertinentes y controvertidos, los siguientes:

1. Efectividad que don Fernando Martínez Pizarro padecía al momento de suscribir la póliza de seguros de autos, alguna de las enfermedades mencionadas en la declaración de salud.
2. De ser ello efectivo, oportunidad en que ella se hubiere originado.

En fojas 105, la parte demandante acompañó los siguientes documentos a prueba:

a) Densitometría ósea; b) Informe de radiografía columna total, de fecha de diciembre de 2003; c) certificado de fecha 29 de mayo de 2003 del médico traumatólogo don Jose León Astudillo que interpreta el informe anterior; d) certificado extendido por el médico traumatólogo Juan Gatica de fecha 8 de agosto de 2007 que da cuenta de una consulta formulada por el actor el 20 de abril de 2004; e) Copia autorizada ante Notario de la ficha clínica de Integra Médica, que da cuenta de un probable diagnóstico de escoliosis que posteriormente fue descartado; f) certificado de 27 de mayo de 2009 extendido por el traumatólogo Dr. Nelson Cerpa que da cuenta del diagnóstico de hernia que fue tratada quirúrgicamente el 27 de octubre de 2004; g) certificado extendido por el neurocirujano Eduardo Cornejo de 14 de agosto de 2007 que ratifica que el actor fue operado de hernia discal lumbar en la fecha antes indicada y que no existe a esa fecha otra patología concurrente; h) Copia autorizada del informe del médico tratante Dr. Prieto, de 12 de diciembre de 2006 que diagnostica lumbago; i) certificado del kinesiólogo sr. Prieto que acredita haber detectado la hernia lumbar; j) certificado de la médica Sra. Valeria Musa de 4 de agosto de 2009 que acredita que el actor le fue derivado por un cuadro de dorsolumbargia después de ser operado de hernia; k) certificado de discapacidad de fecha 8 de diciembre de 2006, extendido por el COMPIN que acredita que el demandante está afectado de una espondiloartrosis dorsolumbar-lumbago crónico con un grado de discapacidad física de un 70% ; l)

TRANSACCIONES
DOMINICA

ratificado del Dr. Hernán Castillo Araya, Presidente del COMPIN IV
ción, referida a licencias otorgadas al actor todas posteriores a la
contratación del seguro; m) certificado del Dr. Haberle de Mega salud
acredita que en aquella institución no existen exámenes realizados el
2003; n) condiciones particulares del seguro de vida e invalidez
extendido por Metlife; o) certificado de cobertura extendido por Metlife
12 de marzo de 2007; p) solicitud de contratación de seguro de vida e
invalidez extendido por BancoEstado corredores de seguros S.A.

A fojas 172 la parte demandante solicita se deje sin efecto la resolución
que recibió la causa a prueba, por haberse omitido el trámite de
conciliación. A fojas 172 el Tribunal acogió la solicitud de nulidad
puesta y llamó a las partes a conciliación a la audiencia del 31 de
marzo de 2010 a las 16:00 horas. Realizada esta audiencia las partes
solicitaron un plazo de quince días para conversar acerca de la
posibilidad de un acuerdo el que, finalmente, no se produjo.

A fojas 187 el Tribunal ratificó el auto de prueba de fojas 100 y ordenó
ratificarlo.

A fojas 190 rola lista de testigos presentado por la parte demandante.

A fojas 194 la parte demandante solicita la realización de un peritaje en
relación a la enfermedad sufrida por el actor y a su supuesta
preexistencia.

A fojas 198 consta del acta de comparendo citada para la designación
del perito solicitada. No habiendo acuerdo de las partes se encomienda
al árbitro su designación la que deberá recaer en un médico especialista
en columna vertebral.

A fojas 200 la parte demandada solicita reposición del auto de prueba de
fojas 100, complementando el punto 1º y agregando un punto tercero,
solicitud a la que se le negó lugar a fojas 209.

A fojas 212 rola lista de testigos presentada por la parte demandada.

CONFIRME CON EL ORIGINAL
SECRETARÍA

11/15/10 10:00
00/00/00 00:00

A fojas 226 consta la declaración de los testigos de la parte demandante don Roberto Hernan Bossy Arancibia, don Gustavo Alejandro Castillo y don Luis Américo Aguilera Milla.

A fojas 251, el árbitro oficia al Instituto Traumatológico de Chile para que tenga a bien designar un profesional especialista en problemas de columna vertebral para que asuma el peritaje decretado.

A fojas 234 la parte demandada acompañó diversos documentos en parte de prueba:

a) copia de carta de 4 de julio de 2007 por don Ivon Riquelme, asistente de seguros de vida del BancoEstado corredores de seguros a Metlife, con comentario del Dr. Juan Cataldo Acuña; b) copia del examen de densitometría de 10 de octubre de 2003 hecho al actor; c) copia de la solicitud de contratación del seguro de vida e invalidez de fecha 25 de mayo de 2004; d) copia de la evaluación de siniestro efectuada por el Dr. Juan Cataldo; e) copia del informe del servicio de Imagenología de 9 de diciembre de 2003, efectuado por el Dr. Cristian Kurte; f) copia del informe del médico tratante, efectuado por la Dra. Musa; g) Copia del informe del médico tratante Dr. Prieto de 12 de diciembre de 2006; h) copia de la ficha Integra médica N° 12 998.

Por oficio N° 907 de 9 de Agosto de 2010, que rola a fojas 261, el señor Director del Instituto Traumatológico informó que se designaba como perito al especialista Dr. Alberto Martí Gougain, Jefe del equipo de columna de dicho establecimiento. Por resolución de diez de agosto de ese mismo año, el árbitro designó a don Alberto Martí como perito para que informara en estos autos.

A fojas 267 rola la declaración del testigo de la parte demandada don Juan Cataldo Acuña.

A fojas 271 consta la aceptación del cargo de perito por don Alberto Andres Martí Gougain quien juró desempeñarlo con fidelidad.

fojas 276 y siguientes consta la diligencia de absolución de posiciones don Fernando Martínez Pizarro.

A fojas 307 consta el acta de reconocimiento del perito señor Martí en presencia de los abogados de ambas partes. A fojas 308 y siguientes rola informe Pericial. Este se pone a disposición de las partes a las que se otorgó un plazo de diez días hábiles para realizar observaciones.

A fojas 331 rolan las observaciones del abogado don Patricio Collao por el demandante, las que se tuvieron presente, negándose lugar a tener por acompañados determinados documentos de acuerdo con el punto 2.6 de las bases de procedimiento.

A fojas 341 rolan las observaciones al informe pericial de la demandada.

A fojas 352 la parte demandante formula observaciones a la prueba y solicita se cite para oír sentencia. A fojas 357 rola escrito de téngase presente de la parte demandada.

Con fecha 23 de diciembre de 2010 en resolución que consta a fojas 368 se cita para oír sentencia.

CONSIDERANDO:

Primero.- Que con fecha 24 de mayo de 2004, según consta del documento que rola a fojas 162 de estos autos, el demandante don Fernando Antonio Martínez Pizarro, solicitó al Banco del Estado de Chile que contratara a su nombre, un seguro voluntario de vida e invalidez que incluye las coberturas de fallecimiento e invalidez total y permanente dos tercios, en los términos y condiciones que establecen las pólizas colectivas emitidas por la Compañía Aseguradora mencionadas en la propuesta.

Segundo.- Que la referida solicitud contempla una cobertura adicional de invalidez ascendente a un 50% del monto asegurado. Más adelante se señala que el asegurado toma conocimiento de su derecho a decidir



re la contratación del seguro y a la libre elección del intermediario y Compañía Aseguradora y declara cumplir con los requisitos de edad y que a continuación se indican. En lo primero se señala que la edad es igual o inferior a 65 años y que no padece ni ha padecido de no más de las enfermedades... *"patologías a la columna vertebral es como inflamatorias, tumorales o traumáticas.... "ni patologías del aparato músculo esquelético"*. El formulario respectivo contiene un espacio de uso exclusivo del cliente para indicar las enfermedades existentes y su fecha de diagnóstico. No hay constancia que se haya hecho declaración alguna a este respecto.

tercero.- Que la póliza suscrita en relación con dicha solicitud se encuentra acompañada a fojas 124. Se trata de un seguro colectivo de vida e invalidez total y permanente 2/3 para clientes del BancoEstado, y Compañía de Seguros METLIFE que contempla detalladamente la póliza y condiciones del referido seguro.

cuarto.- Que este tipo de contratos es el que la doctrina denomina como contratos de adhesión" en que una de las partes impone a la otra la póliza y condiciones del contrato alterando la igualdad y poder de negociación implícitos en la celebración de un contrato. Se trata, según este criterio, de otorgar al juez un poder de apreciación mas amplio del que goza a propósito de los contratos libremente discutidos. (Jorge López Santa María. Los contratos, Parte General, Tomo I Pag. 146 Edit. Jurídica de Chile, 1998.

Quinto.- Que, sin embargo, con el tiempo estos contratos han pasado a ser regulados y la autoridad se ha preocupado de evitar cláusulas abusivas para el contratante mas débil. En el caso concreto de los seguros, la Superintendencia en virtud de lo establecido en el artículo 3° letra e) del D.L. 251 sustituido por la Ley 18.660, sobre Compañías de Seguros, establece la obligación de *"mantener un registro de uso publico de los modelos de los textos de las pólizas y de sus modificaciones, no pudiendo las entidades aseguradoras contratar con*

delos que no hubieran sido previamente autorizados por la
perintendencia".

continúa
vamos

10.- Que a mayor abundamiento este sentenciador ha estudiado cuidadosamente el texto de los contratos y documentación anexa que ven de base al seguro sin que pueda afirmar válidamente la existencia de cláusulas abusivas en perjuicio del contratante particular. El único caso que, teóricamente, pudiera hacerse es que el cliente – en este caso Banco del Estado de Chile – se ve compelido, en términos relativos, a tomar el seguro. Aún cuando en última instancia tiene la posibilidad de irse o buscar el servicio en un competidor. En todo caso, ese tema no ha sido discutido ni incide mayormente en la solución del conflicto planteado. Hecha esta digresión, se continuarán analizando los antecedentes de hecho que se han planteado en el juicio.

11.- Que el 8 de septiembre de 2006, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la IV Región de Coquimbo declaró al actor incapacitado. El certificado respectivo dice a la letra "En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 19.284 esta Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez ha evaluado y constatado que don Fernando Antonio Martínez Pizarro, de 62 años de edad, presenta la siguiente condición de discapacidad: 1. Diagnóstico: HONDROARTROSIS DORSOLUMBAR CRONICO. 2. Grado de discapacidad: 70% física 3. Pronóstico: Definitivo (No requiere reevaluación); 4. Dictamen COMPIN: Resolución N° 390 de 8 de septiembre de 2006; 5. Procede remitir antecedentes al Servicio de Registro Civil e Identificación. La Serena 8 de septiembre de 2006. Dr. Germán Castillo Araya, Presidente COMPIN IV Región.

12.- Que con el mérito de esta declaración, el demandante hizo el denuncia del siniestro a la Compañía de Seguros, por intermedio de Banco Estado Corredores de Seguros S.A. las que le solicitó diversos antecedentes médicos que aquel acompañó – El 29 de diciembre de 2006 Pablo Pizarro Vitalic, Jefe de Beneficios Vida de Metlife Seguros Vida S.A. comunicó al actor que "había rechazado el pago de la

TRES CIGARROS
OCTUBRE 1970

apertura relacionada, aludiendo que la espondiloartrosis dorsolumbar
crónica, de acuerdo a los antecedentes médicos presentados,
el diagnóstico estaba presente a lo menos desde diciembre del año
2003, lo cual es anterior al inicio de la vigencia de la póliza".

Noveno.- Que en virtud de este rechazo, el actor don Fernando Martínez
acudió a la Superintendencia de Valores y Seguros para que hiciera una
revisión de su caso. Luego de un intercambio de notas, el 22 de mayo de
2007 el Gerente General de Metlife comunicó a la Superintendencia que
haría un nuevo análisis del siniestro. Para estos efectos, acompañó todos
los antecedentes que le fueron requeridos. No obstante, el 26 de julio de
2007 Metlife Seguros de Vida rechazó nuevamente el pago de la
apertura reclamada, esgrimiendo los mismos argumentos que habían
servido de base para negar lugar al beneficio. La Compañía recalcó el
hecho que existía una radiografía de columna realizada por el año 2003
con diagnóstico de escoliosis, corroborado por informe médico del
doctor Nelson Cerpa quien lo evaluó en abril del año 2004. De acuerdo
a lo expuesto por la Compañía de Seguros, la Superintendencia
determinó que dicho reclamo no podía resolverse administrativamente,
por lo que debería recurrirse a un árbitro según lo pactado en la póliza.

Décimo.- Que planteados a este juez árbitro los antecedentes del caso,
sobre la base de la demanda arbitral reseñada precedentemente, este
arbitrador procedió a recibir la causa a prueba. Al efecto señaló como
hechos substanciales y pertinentes controvertidos los siguientes:
"Efectividad que don Fernando Martínez Pizarro padecía, al momento de
firmar la póliza de seguros de autos, alguna de las enfermedades
mencionadas en la declaración de salud y, luego, de ser ello efectivo,
la oportunidad en que ella se hubiere originado.

Undécimo.- Que en estas circunstancias, corresponde, en primer
término, determinar si el demandante cumplió o no con las condiciones
de la póliza, en cuanto a la declaración de salud

CONFORME CON SU ORIGINAL

[Handwritten signature]

TR-2004-10-2
DUELO y
SUS

~~décimo.-~~ Que a este respecto, es un hecho no discutido, que el actor señaló en su declaración de salud estar afecto a las enfermedades que se mencionan entre las cuales se incluyen "patologías a la columna vertebral tales como inflamatorias, tumorales y traumáticas...ni patologías del aparato músculo esquelético".

~~décimo tercero.-~~ Que, en efecto, según consta de la propia declaración demandante hechas en su libelo de demanda, con anterioridad al 24 mayo de 2004 se había realizado los siguientes procedimientos médicos: densiometría ósea, el 10 de octubre de 2003; RX Columna al 9 de diciembre de 2003; visita al kinesiólogo don Rafael Prieto febrero y marzo de 2004 por dolores de espalda y visita al médico traumatólogo Dr. Nelson Cerpa quien le solicitó una resonancia magnética para establecer la posible existencia de una escoliosis; en esa sesión esta posibilidad la graficó con signos de interrogación.

~~décimo cuarto.-~~ Que si bien esta última enfermedad fue desechada luego del referido examen, existen suficientes antecedentes como para estimar que el asegurado padecía alguna patología a la columna. No de esa manera pueden explicarse los distintos exámenes a que había sido sometido con anterioridad. Ahora bien, de acuerdo con la exigencia contenida tanto en la solicitud de la póliza como en la póliza misma, el asegurado, a lo menos, debió haber mencionado tales dolencias para que la Compañía de Seguros evaluara el riesgo. ✓

~~décimo quinto.-~~ Que la primera defensa de la Compañía demandada al contestar la demanda fue la de "falsedades en la declaración personal de salud", la que funda en la omisión de los procedimientos médicos a que el asegurado había sido sometido con anterioridad a la suscripción del contrato.

~~décimo sexto.-~~ Que estimar que dicha omisión constituye una "falsedad" implica calificar la declaración de salud como dolosa, lo que además de vulnerar el principio de buena fe con que se presume actúan los contratantes, no ha sido suficientemente probado en autos.

Quinto séptimo.- Que en subsidio de esta primera defensa, la demandada opuso una segunda basada en que el origen del siniestro es anterior a la contratación del seguro. Al efecto, se remite a los términos de la póliza adicional no cubre las enfermedades preexistentes, esto es, patologías o afecciones de salud *diagnosticadas* con anterioridad a la suscripción de esta propuesta.

Quinto octavo.- Que de los documentos acompañados, a fojas 108 aparece un diagnóstico del señor Martínez de osteopenia en cuello cervical; a fojas 109 el examen de imagenología que señala que existe una moderada desviación lateral de la columna dorsal; certificado del doctor Juan Gatica que declarar haber atendido al señor Martínez por problemas de columna consistente en dolor de espalda; certificado del doctor Nelson Cerpa que acredita que la resonancia magnética a que se sometió el demandante (considerando undécimo) arrojó el diagnóstico de hernia del núcleo pulposo, lo que posteriormente se trató quirúrgicamente. Sin embargo, el mismo certificado indica que el dolor comenzó a darse, al menos, Abril de 2004, esto es, un mes antes de la suscripción del seguro.

Quinto noveno.- Que con estos antecedentes, a juicio de este arbitrador, queda suficientemente probado que el actor sufría, a lo menos, con varios meses de anticipación a la suscripción del seguro de lesiones a la columna que, obligatoriamente, debió haber declarado.

Quinto décimo.- Que confirma esta apreciación de este tribunal arbitral, lo informado por el Perito designado en estos autos que señala en el N° 2 de su informe "al momento de suscribir el contrato el señor Fernando Martínez con la Compañía Metlife Chile Seguros de Vida, de acuerdo con los antecedentes médicos tenidos a la vista, presentaba una osteopatía degenerativa de su columna vertebral, lo cual lo obliga a consultar desde octubre de 2003 por esta patología".

ésimo primero.- Que las conclusiones del perito médico especialista columna vertebral son categóricas y no dejan margen a duda acerca de la dolencia que afectaba al demandante al momento de celebrar el contrato.

ésimo segundo.- Que con los antecedentes relacionados, esto es, los documentos acompañados, analizados según su mérito y el informe oficial de fojas 308, este juez árbitro se ha formado convicción suficiente acerca de que la enfermedad invalidante que afecta al demandante tuvo su origen con anterioridad a la celebración del contrato seguro, por lo que se acoge la segunda defensa de la demandada. Resulta por tanto innecesario pronunciarse acerca de la tercera de tales defensas.

Lo dispuesto en los artículos 512, 514, 517, 557, 569 del Código de Comercio y 628 y siguientes del Código de Procedimiento Civil.

Resuelve:

Se niega lugar a la demanda de fojas 61, sin costas, por haber tenido el demandante motivo plausible para litigar.

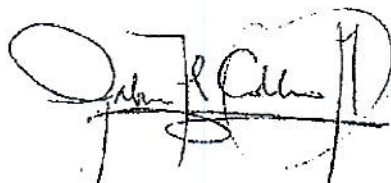
E. Jara

Pronunciada por el Juez Arbitro don Eduardo Jara Miranda.

[Firma]

[Firma]

Santiago, 19 de Abril de 2011; por el
presente acto me notifico formalmente de
la sentencia dictada el día 17 de Enero de 2011


158.245/9

Pablo A. Rolón
Abogado

Santiago, 28 de abril de 2011,
por el presente acto me
notifico expresamente de
la sentencia dictada
el día 17 de enero 2011 y
que vale a fojas 372 y siguientes



Pablo A. Rolón