

Vistos:

Se reproduce la sentencia en alzada, con excepción de sus considerandos 5°, 6°, 12°, 14°, 16°, 19°, 20°, 21° y 22°, que se eliminan;

Y teniendo en su lugar y además presente:

1°) Que son hechos no discutidos por las partes contendientes que el señor Fernando Martínez Pizarro fue contactado en el Banco Estado de la Serena por un funcionario del banco que le ofreció un contrato de seguro de vida e invalidez con la compañía Metlife Seguros de Vida S.A.; que no se le efectuaron exámenes previos; que efectuó la solicitud; que no declaró le afectarían enfermedades a la columna vertebral como inflamatorias tumorales y traumáticas; que posteriormente recibió la póliza N° 490000114, registrándose la misma fecha en que él fue contactado para estos efectos en el banco, esto es, 14 de mayo de 2004;

2°) Que de los documentos acompañados por el demandante, los que también en parte ha acompañado la demandada salvedad hecha de los documentos de fojas 237 y 240, que el actor no acompañó, se puede desprender que el asegurado había consultado por dolores a la espalda, efectuándose una densiometría ósea el 10 de octubre de 2003, una RX columna total el 9 de diciembre de 2003, tratamiento kinésico en febrero y marzo de 2004 por lumbago con el profesional Rafael Prieto Uribe, lo que no arrojó resultados positivos, siendo atendido entonces por el traumatólogo Nelson Cerpa -luego de la derivación que hizo el médico traumatólogo Juan Mélica-, quien le pidió una resonancia magnética para establecer una posible escoliosis, arrojando este examen que siguió al estudio radiológico inicial (en informe de escoliosis) el diagnóstico etiológico de Hernia de Núcleo Poso L4 L5 izquierda que se trató quirúrgicamente y con éxito el 27 de octubre de 2004 por neurocirujano. Certificados médicos dan cuenta que no habría otra patología concurrente a la fecha. El certificado de Discapacidad del MPIN IV Región es de 8 de septiembre de 2006 y en él se lee: Diagnóstico. Espondiloartrosis Dorsolumar-Lumbago Crónico, con grado de discapacidad física.



La densiometría ósea (2003) señaló que en comparación con la población adulta joven y según valores establecidos por OMS la densidad mineral ósea medida a nivel de la columna lumbar (L2 L4) presenta cifras en límites normales (fojas 108) y el informe Servicio Imagenología-RX Columna total (2003), habla de mineralización conservada y de una moderada desviación lateral de la columna dorsal en "S"; que La Columna lumbar muestra una muy leve desviación lateral de la columna de convexidad izquierda, entre otros hallazgos, lo que el médico José León —a fojas 110— interpreta como existencia de una desviación lateral leve (lo cual es frecuente en la población normal).

Asimismo, resulta que después de la operación a que fue sometido por hernia, estuvo con licencia médica hasta diciembre de 2005 y que fue derivado a la doctora Valeria Musa Diéguez a raíz de haber presentado un cuadro de dorsolumbalgia. Esta profesional en el documento de fojas 240 acompañado por la demandada indicó como diagnóstico Espondiloartrosis dorsolumbar y como fecha desde la cual se encuentra el asegurado en control y tratamiento por estas enfermedades, respondió "diciembre de 2004" fecha a la que se remonta el examen RX de columna y en cuanto al dolor del paciente ubicó más bien entre aquellos que tienen dolor o rigidez moderada. El documento data de noviembre de 2006;

3º) Que, por otra parte, la documentación relativa al seguro contratado por el demandante señor Martínez, muestra que la póliza no cubre enfermedades Pre-Existentes, de acuerdo con lo indicado en la Declaración de Salud de cada asegurado, debiendo entenderse por tal aquella que al momento de suscribirse la solicitud-propuesta de seguro haya sido diagnosticada por un médico. Para tener derecho a la cobertura de invalidez total y permanente 2/3 por Accidente o Enfermedad, las enfermedades Pre-existentes no cubiertas son las descritas en el punto 3 precedente (se refiere, entre otras, a Diabetes, Hipertensión arterial, Trombosis y Hemorragia vascular cerebral, Depresión Crónica Endógena (bipolar), Cirrosis Hepática); además "Las patologías a la columna vertebral como inflamatorias, degenerativas y traumáticas". Ello, dentro de las Condiciones de Asegurabilidad del Seguro Colectivo de Vida, Póliza de Vida e Invalidez Total y Permanente

[Firma]

3 Para Titulares de Cuentas de Ahorro, Cuentas Corrientes, Chequeras Electrónicas o Tarjetas de Crédito de Banco Estado (fojas 337), Certificado de Cobertura del Seguro Colectivo de Vida, Póliza de Vida e Invalidez Total y Permanente 2/3 de fojas 147, se repite lo anteriormente dicho, señalando como Pre-Existente cualquier enfermedad o dolencia que al momento de suscribirse la solicitud y propuesta de seguro haya sido diagnosticada por un médico.

La solicitud de contratación -fojas 156- contempla entre los requisitos de asegurable la declaración de no padecer ciertas enfermedades, entre las cuales, patologías a la columna vertebral tales como inflamatorias, tumorales y traumáticas y que a la fecha no tiene dictamen de invalidez de organismo competente, o que estuviere en tramitación. En el punto Declaración de asegurable, Preexistencia, se remite a las enfermedades ya anotadas.

En segunda instancia y como medida para mejor resolver se tuvo por acompañado con citación el certificado de fojas 337 en el cual el médico Eduardo Cornejo Robinson, refiriéndose al certificado extendido con ocasión de la operación de hernia que se le efectuó al demandante el 27 de octubre de 2004, explica que al mencionar que el señor Martínez no presentaba otra patología concurrente, no hablaba de complicaciones del acto quirúrgico, sino se aludía a otras patologías que pudieran explicar su cuadro clínico; que la resonancia magnética permitió corroborar que su sintomatología era secundaria a la presencia de una hernia discal y no a la de otra patología. En tanto a la escoliosis y el dorso curvo (respondiendo al doctor Marti que practicó la pericia de autos), señala que pueden ser perfectamente de carácter constitucional. Este documento fue objetado en el escrito de fojas 456, pero no se refiere a ninguna causal legal de objeción de documento, sino al valor probatorio, por lo que como tal no ha podido prosperar;

4º) Que, el peritaje practicado en autos, corriente a fojas 309, señala que el asegurado presentaba al momento de celebrar su contrato de seguro, una osteopatía dorsolumbar la cual le provocaba dolencia de espalda, seis meses previos, requiriendo varios actos y procedimientos médicos los que omitió comunicarlos; y que la presencia de escoliosis y tendencia a un dorso curvo descrito en la radiografía tomada en el centro médico Megasalud, será un



factor agravante con el transcurso del tiempo, de su diagnóstico final de su discapacidad física del 70%: Espondiloartrosis Dorsolumbar, con hernia discal. Disiente de la opinión del médico neurocirujano que intervino por la hernia al paciente, diciendo que los fenómenos de discopatía degenerativa ya estaban descritos previos al acto quirúrgico.

Ahora bien, como fundamento cita, entre otros, el documento emanado de la fisiatra Valeria Musa —ya revisada por este Tribunal— en la cual —describe la doctora radiografía de columna en diciembre de 2004— espondiloartrosis severa; y subraya que presentaba una discopatía degenerativa al contratar que es lo que lo obligó a consultar médicos desde octubre de 2003. Todas las demás consultas, son a juicio del perito, la evolución natural de esa evolución.


El artículo 425 del Código de Procedimiento Civil dispone que los tribunales apreciarán la fuerza probatoria del dictamen de peritos en conformidad a las reglas de la sana crítica. Y de acuerdo a los antecedentes médicos a que se ha pasado revista y que también han sido considerados por el perito, estos jueces entienden que el demandante presentó dolores de espalda —que incluso la fisiatra que lo atendió después de la operación de hernia señaló como un dolor moderado— y que si bien no dejó de consultar especialistas relacionados, ello no implica que estuviera en conocimiento de que le afectaba una de las enfermedades excluidas de cobertura según se ha visto, complementemente el dolor persistía. Aparte los exámenes clínicos se hicieron otros como radiografías y resonancias magnéticas a través del tiempo y lo único que resultó concluyente fue la hernia discal, cuya intervención quirúrgica se calificó como exitosa, llegándose a sostener por el neurocirujano a cargo que al decir que no hubo otras complicaciones, aludió a la existencia de otras patologías, lo que excluiría el diagnóstico final de la Compin en lo que atañe a este momento. Por estas razones no es posible a estos sentenciadores llegar a una conclusión categórica como la que plantea el perito designado en el proceso.

Empero, más aún, siendo esta una materia contractual, y en la que el o los instrumentos son de adhesión, de manera que al solicitante del seguro no le queda sino aceptar las cláusulas redactadas de antemano por la Compañía

CONTRATADA CON EL SEGURO

FECHA: 14/02/2014


//


PODER JUDICIAL
REPÚBLICA DE CHILE

Aseguradora (aun cuando los formatos sean visados por la Superintendencia del ramo), y conforme a esas cláusulas o estipulaciones, que *que se excluye de cobertura no son los dolores, ni los malestares que pueda sentir o tener el contratante, sino enfermedades, pero no cualquiera enfermedad, sino las que se señalan en las condiciones de asegurabilidad y además de las específicas o más específicas, se contemplan las patologías a la columna vertebral (Inflamatorias tumorales y traumáticas) y también patologías al aparato músculo esquelético (aparte las que limiten la vista sobre el 30%).* En este caso se dice que la Espondiloartrosis Dorsolumbar, es una de estas patologías, pero ocurre que ella fue diagnosticada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro (24 de mayo de 2004), debiendo igualmente tenerse en cuenta la forma en que se concretó esta convención entre las partes para interpretar intenciones. La opinión del perito en orden a que el germen de la enfermedad ya estaba cuando se diagnosticó la hernia discal, es una opinión de experto, sin embargo no es compartida por otros médicos que han certificado hechos de su especialidad en la causa, y en cualquier caso, la enfermedad cuya cobertura fue rechazada en dos oportunidades por la Compañía Aseguradora no lo fue hasta después de la intervención quirúrgica, la cual también ocurre una vez vigente el seguro contratado;

5º) Que, la falta de diagnóstico médico de la enfermedad desampara a la Compañía, pues es el propio texto contractual acerca de lo que debe entenderse por Enfermedades Pre-Existentes, el que hace que el siniestro, ocurrido ya en vigor el seguro, deba ser indemnizado conforme lo estipulado;

6º) Que, la declaración de los testigos del actor, en cuanto expresan que vieron y conversaron con el actor y que el 2004, 2006 y 2007, en su caso, se encontraba bien de salud o que había referido no haber quedado bien de la operación de hernia, o que por esto mismo estaba delicado de salud, no aporta mayormente a lo concluido previamente. Tampoco lo hacen los testigos de la demandada, pues no innovan en lo ya dicho, sino que entienden como el señor Aldo Acuña (médico) que la enfermedad a la columna es de carácter degenerativo por lo general, además de crónico y progresivo, porque al argüir de que es un asunto en que los médicos que de algún modo han



informado en el proceso no están de acuerdo, lo cierto es que la enfermedad no fue diagnosticada con antelación al contrato de seguro.

PODER JUDICIAL
REPÚBLICA DE CHILE

De otra parte, la defensa primeramente esgrimida por la demandada mira a la existencia de mala fe, de dolo o reticencia (en el caso del seguro), ya que se plantea que el solicitante incurrió en falsedad, al omitir en su declaración de salud lo relativo a los problemas de salud que presentaba. Sin embargo, el padecimiento de malestar, de dolor físico en la espalda, no es signo inequívoco de fraude o mala fe, porque el actor, no se ha demostrado, tuviera por qué saber que su salud estaba comprometida al punto de constituir una enfermedad de las enumeradas en las condiciones de asegurabilidad, que no son cubiertas por el seguro, por mucho que establecida ya la enfermedad o mejor, el diagnóstico, se pueda trasladar hacia atrás. Lo que el contrato contempla es más objetivo, como por lo demás es lo que se establece en la legislación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Y esa objetividad no concurre, como para rechazar la pretensión.

Además, ninguna prueba real existe sobre la falta de buena fe del actor, más si la buena fe se presume, principio que es una regla de derecho de general aplicación en el derecho, lo que aun resulta más claro teniendo en consideración la forma en que llegó a interesarse en contratar el seguro de vida e incapacidad el demandante.

En cuanto a las argumentaciones de la defensa, ya está dicho que no existe falsedad en el actuar o en la omisión del actor, que el origen del siniestro no es anterior a la contratación del seguro y, acerca de la tercera alegación, esto es, la nulidad relativa del seguro por falsedades previas a la contratación, ya está asentado que no ha existido dolo o reticencia, o mala fe, o falsedad, de suerte que esta petición es ya insostenible, sin perjuicio de que, por decisión del tribunal, ello debió ser materia de una demanda reconvencional, o de una acción y no de una simple defensa;

7º) Que, la prueba de absolución de posiciones rendida por el actor a la instancia de la demandada, nada aporta en perjuicio del demandante por consiguiente, no favorece la petición de rechazo formulada por la demandada.

740
Por estos fundamentos y lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes y
635 del Código de Procedimiento Civil, se revoca la sentencia de la Tercera Sala de Apelaciones de Santiago, de diecisiete de enero de dos mil once, escrita a fojas 373 y siguientes, dictada por el árbitro Eduardo Jara Miranda, la cual desestima la demanda de fojas 61 y en su lugar se declara que tal demanda queda acogida, debiendo la demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A., pagar al demandante Fernando Antonio Martínez Pizarro la cantidad asegurada de UF 1.500, según su valor al momento del pago, por haber acontecido el siniestro de invalidez total y permanente 2/3, al padecer de una discapacidad física de 70%, lo cual fue materia y monto asegurado en el contrato de seguro celebrado entre las partes con fecha 24 de mayo de 2004, con costas, por haber sido totalmente vencida la demandada.

Regístrese y devuélvase.

Redacción del Ministro señor Silva C.

Civil N° 3.153-2.011.

Pronunciada por la Tercera Sala de esta Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Mauricio Silva Cancino, firmada por la Ministra (S) señora Gloria Solís Romero y la Abogada adjunta señora Carmen Domínguez Huidalgo.

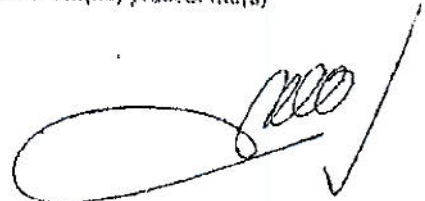
SECRETARÍA DE LA CORTE DE APELACIONES DE SANTIAGO

F.

En Santiago, a:

17 de Mayo de 2012

Presente en el Juzgado de Familia y Conciliación
Requisitos (a) y (b) y (c) y (d) y (e)



CL

Secretaría

Ingreso de Cort

En lo principal

casación en e

fondo.

Chile Seguros

N° 3.153-201

respetuosame

Que, r

de la sentenci

dictada por la

La sei

se indican re

interposición r

2012, se incu

relación con e

derecho respr

a los precepto