

Santiago, tres de marzo de dos mil catorce.

VISTOS:

En este procedimiento sobre cumplimiento de contrato de seguro, seguido ante el árbitro arbitrador don Eduardo Jara Miranda, caratulado "Martínez Pizarro, Fernando con Banco Estado Corredores de Seguros S.A., Metlife Chile Seguros de Vida S.A. y Banco del Estado de Chile", el referido juez árbitro, mediante fallo de diecisiete de enero de dos mil once, escrito a fojas 373, desestimó la demanda.

La demandante dedujo recurso de apelación y una de las salas de la Corte de Apelaciones de esta ciudad, por sentencia de diecisiete de octubre de dos mil doce, que se lee a fojas 459, lo revocó y en su lugar acogió la acción deducida, ordenando a la demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A. pagar la cantidad asegurada de 1.500 unidades de fomento, con costas.

En contra de este último pronunciamiento, la demandada deduce recurso de casación en la forma y en el fondo.

Se trajeron los autos en relación;

Y TENIENDO EN CONSIDERACIÓN.

En cuanto al recurso de casación en la forma.

PRIMERO: Que la recurrente, fundamentando su solicitud de nulidad formal, expresa que la sentencia incurre en el vicio previsto en el artículo 768 número 5 del Código de Procedimiento Civil, en relación al numeral 4º del artículo 170 del mismo cuerpo legal, postulando que el fallo cuestionado no efectúa la apreciación de la prueba documental conforme a las reglas legales, tal como dispone el número 6º del Auto Acordado dictado por esta Corte Suprema sobre la forma de las sentencias, al dejar de ponderar un certificado médico extendido por el traumatólogo Juan Gatica Acuña el 8 de agosto de 2007, agregado a fojas 111; las "Condiciones Generales" del Seguro Colectivo Temporal de Vida allegado a fojas 132, la "Cláusula Adicional" del seguro de autos, rolante a fojas 139 y la ficha clínica del actor, instrumentos fundamentales para el éxito de la pretensión de la demandada.



Tal omisión afecta su derecho a un justo y racional procedimiento y ha influido en lo dispositivo de la sentencia, por cuanto si los jueces hubiesen analizado dichas probanzas habrían establecido que el actor no solamente sufrió de dolores de espalda, como señala el fallo cuestionado, sino que presentaba problemas a la columna que ameritaron su derivación a un especialista y que tal enfermedad no se originó durante la vigencia de la póliza, condición prevista en la cláusula adicional de la póliza de autos para que opere el seguro contratado.

Además, acusa que la sentencia contiene considerandos contradictorios que se anulan entre sí, privando de fundamento a la decisión, defecto que también la hace incurrir en la referida causal de invalidación.

Ello sucede, en concepto del recurrente, porque los jueces concluyen, en los motivos segundo y tercero, que el asegurado había sido diagnosticado médicalemente de la existencia de un lumbago, que estaba en conocimiento de dicho diagnóstico, que se sometió a tratamientos para superarlo y que esa fue una de las causas de su posterior incapacidad; en el mismo considerando tercero también afirman que presentó dolores de espalda y que no dejó de consultar especialistas, pero concluyen que ello no implica que estuviera en conocimiento que le afectaba una de las enfermedades excluidas de la cobertura. Es decir, se afirma por una parte la conexión causal entre el diagnóstico médico de lumbago y la razón de la invalidez del actor, y de otra, se dice que solamente eran malestares que no tenían diagnóstico;

SEGUNDO: Que, revisada la sentencia contra la cual se dirige el recurso, se constata que sí contiene los razonamientos que el recurrente echa de menos y que ellos, junto a los demás que se explicitan en la decisión, han permitido a los jueces revocar el fallo de primer grado y acoger la demanda de autos.

En efecto, en los motivos segundo y tercero del fallo los sentenciadores analizan los instrumentos que el impugnante aduce olvidados y les asignan el mérito que, en su concepto, es dable otorgarles, por las razones que expresan. Sigue, entonces, que los hechos en que se

funda el recurso, invocado, fundamentado por la parte exigibles;

TEJ
seriedad e
del mism
contradic
enfermedad
la sentenc

No

considera
las proba
dable exi
contradic
con la pa
recurso :
decisión

C
preceden
analizaci
que susti

E
C
denunc
derecho
I

segund
Civil y
habers
desde

edimiento y funda el yerro que sustenta el recurso no pueden constituir el vicio los jueces invocado, por cuanto aquél concurre sólo cuando la sentencia carece de el actor no fundamentaciones y no cuando aquellas no se ajustan a la tesis sustentada questionado, por la parte reclamante, conteniendo el fallo los raciocinios que le son derivación a exigibles;

gencia de la TERCERO: Que lo que se viene de apuntar sirve también para restar autos para seriedad al segundo argumento con que intentó respaldar la concurrencia del mismo vicio de nulidad, basado, según se explicó, en la eventual considerando contradicción en que incurrián los jueces en lo relativo al origen de la rento a la enfermedad que derivó en la incapacidad del actor, antinomia que dejaría a causal de la sentencia desprovista de fundamentos.

No obstante, contrariamente a lo que expresa el impugnante, los concluyen, considerandos reprobados por el demandado contienen una descripción de gnosticado las probanzas aportadas por las partes y las conclusiones que de ellas es tocimiento dable extraer, sin ser posible afirmar que, de tal relación, se incurra en las y que esa contradicciones que acusa dicha parte, sino, antes bien, ellas se verificarían considerando con la particular interpretación y análisis que de tales probanzas propone el lo dejó de recurso y no del examen y actividad que los jurisdicentes plasmaron en la tuviera en decisión cuestionada;

das de la CUARTO: Que, como corolario de los razonamientos l entre el precedentemente desarrollados, el recurso de casación en la forma que se ha cto, y de analizado será desestimado, ya que los hechos en que se fundan los errores co; que sustentan el recurso no constituyen el vicio alegado;

dirige el En cuanto al recurso de casación en el fondo.
ecurrente QUINTO: Que en el arbitrio de nulidad sustancial el recurrente an en la denuncia que en su fallo los sentenciadores incurren en diversos errores de grado y derecho, que explica y desarrolla en cinco apartados.

En el primero, da cuenta de la infracción de los artículos 1698, inciso álio los segundo, del Código Civil, en relación al 341 del Código de Procedimiento e aduce Civil y 1700 y 1702 del citado código sustantivo, lo que se produciría por organles, haberse asentado hechos por medios probatorios no permitidos por la ley, a que se desde que los jueces otorgan el valor probatorio de instrumento público al



certificado emitido por el médico Eduardo Comejo Robinson, agregado como medida para mejor resolver, en circunstancias que se trata de una simple prueba testimonial extrajudicial que emana de un tercero y que no fue ratificada por su autor en juicio, postulando el impugnante que la sentencia no explica cuáles normas sustantivas del sistema probatorio han sido utilizadas para determinar hechos que no han podido ser acreditados. Añade que "de esto se deduce que tuvieron por reconocidos (sic) el documento de fojas 337", atribuyéndole el valor a que se refieren los artículos 1700 y 1702 del Código Civil, en cuanto se ha mandado tener por reconocido un documento que emana de un tercero y no de la parte contra quien se presenta, otorgándole así valor de plena prueba en contra de quien nunca intervino en él, quebrantando, en consecuencia, las leyes reguladoras de la prueba con influencia sustancial en lo dispositivo del fallo, pues la errónea ponderación de la probanza ha permitido desestimar el informe pericial agregado a los autos.

En un segundo capítulo denuncia la concurrencia del artículo 1713 del código sustantivo en relación al 399, inciso 2º, del adjetivo, al desconocerse el mérito de las declaraciones que el propio actor formula en sus escritos fundamentales, donde reconoce la existencia de un lumbago cuya persistencia lo habría llevado a practicarse una serie de exámenes médicos y un tratamiento kinésico, reconociendo que padece de lumbago crónico y que éste le ha causado la invalidez, confesión espontánea que el fallo no considera, como tampoco lo hace respecto de las posiciones que dicha parte absolvio, probanza que demuestra que en el mes de febrero de 2004 había sido atendido por un lumbago; que desde el año 2003 se realizó procedimientos y tratamientos médicos relativos a su columna vertebral y que se le atendió erróneamente por un lumbago que resultó ser una hernia, declaraciones todas que producen plena fe en contra del demandante y que, de haber sido correctamente ponderadas, permitirían concluir que la invalidez que le fue declarada al actor se relaciona con el lumbago que lo afectaba ya desde el año 2003.

En ter
Procedimient
en la causa.
crítica al vul
quedar estat
había somet
en el basam
"dolores pe
su enfermedad
desconocies
cobertura, j

Se ir
sana crítica
al pondera
hecho aser
asegurado
esquelétic
conforme
conocía c
afectaba :
diagnóstic

El
quebrant
Código
Procedin
mérito p
apercibii
contraria
debió ha
cobertur
instrum
capital

on, agregado

trata de una ero y que no iante que la obatorio han acreditados. dos (sic) el refieren los do tener por parte contra otra de quien reguladoras illo, pues la el informe

título 1713 adjetivo, al formula en un lumbago > exámenes de lumbago

ánea que el iciones que febrero de 3 se realizó vertebral y una hernia, ante y que, dir que la ago que lo

En tercer lugar, alega la concurrencia del artículo 425 del Código de Procedimiento Civil al momento de valorar el informe de peritos agregado en la causa. En concepto de quien recurre, se infringen las reglas de la sana crítica al vulnerarse el principio lógico de no contradicción ya que, luego de quedar establecido en el motivo segundo del fallo que el demandante se había sometido al tratamiento de un lumbago, al valorar al informe pericial en el basamento cuarto, los jueces señalan que el actor solamente padecía "dolores persistentes" y que en tales condiciones no tenía conocimiento de su enfermedad, contraviniendo lo expresamente asentado en forma previa y desconociendo que el tratamiento de lumbago se encuentra excluido de cobertura, por ser una patología del aparato músculo esquelético.

Se incurre también en una segunda contravención a las reglas de la sana crítica cuando los jueces dejan de acudir a las máximas de experiencia al ponderar el mérito probatorio del dictamen pericial, ya que siendo un hecho asentado que el seguro fue contratado el 24 de mayo de 2004 y que el asegurado se encontraba sometido a tratamiento por sus patologías músculo esqueléticas al menos desde octubre de 2003, ha debido concluirse, conforme a tales máximas, que el actor sabía de su estado de salud y conocía que padecía lumbago, patología diagnosticada médica mente que afectaba su aparato músculo esquelético y que es el germe del posterior diagnóstico de su incapacidad.

El cuarto acápite del libelo se reserva para explicar el quebrantamiento de las normas contenidas en los artículos 1702 y 1706 del Código Civil y en el numeral 3º del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, lo que sucede, según quien recurre, al desconocerse el mérito probatorio de la Cláusula Adicional acompañada por su parte bajo el apercibimiento de la referida norma adjetiva y que, al no ser objetada de contrario, adquirió el carácter de instrumento público. En consecuencia, debió haber quedado establecida la existencia de la definición misma de la cobertura contratada, comoquiera que el artículo primero de dicho instrumento dispone, entre otras condiciones para proceder al pago del capital asegurado, que la invalidez permanente de dos tercios sea causada



"por enfermedad originada... durante la vigencia de esta cláusula adicional". De haberse asentado tal cuestión como un hecho de la causa, se habría declarado que las enfermedades preexistentes como el lumbago no tienen cobertura y que la enfermedad que origina la invalidez que padece el actor se manifestó con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza contratada.

Por último, postula la violación del artículo 1545 del Código Civil en relación a los artículos 512 y 556 del Código de Comercio.

Explica el demandado que la naturaleza del contrato de seguros impide asegurar riesgos ya ocurridos o que habrían principiado con antelación a su vigencia. Siendo así, constituye un elemento esencial la existencia de un riesgo, que corresponde el objeto mismo del contrato. El riesgo asegurable, entonces, debe ser posible de ocurrir, pero incierto en cuanto a la fecha de su ocurrencia y ajeno a la voluntad de las partes. Si no cumple estas condiciones, el riesgo no es asegurable, como sucede en el caso de autos, ya que el riesgo de la invalidez permanente y total de 2/3 reclamada se origina en una enfermedad que se manifestó con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza, tal como lo reconoce la demandante, por lo que reviste el carácter de preexistente. Sin embargo, los jueces pasan por alto las disposiciones contractuales y dejan sin aplicación lo convenido al otorgar cobertura a un riesgo ya comenzado antes de la vigencia del contrato, vulnerando así lo previsto en el artículo 512 del Código de Comercio al desnaturalizar el contrato de autos, despojándolo de uno de sus caracteres esenciales, ya que el riesgo no fue declarado por el asegurado;

SEXTO: Que en lo que interesa al recurso en estudio, el fallo que se impugna ha dejado determinado, como hechos de la causa, que:

1.- Luego de haber sido contactado en una oficina del Banco Estado de La Serena por un funcionario de dicha institución, el actor celebró con Metlife Seguros de Vida S.A. un contrato de seguro de vida e invalidez total y permanente de dos tercios;

2.- Al momento de solicitar el seguro, al actor no se le practicaron exámenes previos, declarando éste que no le afectaban enfermedades a la

columna vertebral

Nº 4900001

misma fecha

el 24 de mayo

3.- El

actor se sometió

a) De

comparación

la OMS, la

L4) present

b) Radiografía

mineralización

dorsal en "S"

desviación

c) Vertebral

y al tránsito magnético

4.- El

arrojó el

izquierdamente

octubre de

la fecha de

del paciente

otra patología

5.-

La doctora

dorsolumbar

dorsolumbar

asegurada

diciembre

cuanto a

dolor o rigidez

adicional"; columna vertebral como inflamatorias tumorales y traumáticas. La póliza se habría N° 490000114 que con posterioridad recibió el demandante registra la no tienen misma fecha en que fue contactado para estos efectos en el banco, esto es, ece el actor el 24 de mayo de 2004;

la póliza 3.- Con anterioridad a la fecha de suscripción de la póliza de autos, el go Civil en. actor se sometió a los siguientes procedimientos:

de seguros a) Densiometría ósea (10 de octubre de 2003), la que concluyó que en ipado con comparación con la población adulta joven y según valores establecidos por esencial la la OMS, la densidad mineral ósea medida a nivel de la columna lumbar (L2 contrato. El L4) presenta cifras en límites normales;

ncierto en b) *RX Columna Total* (9 de diciembre de 2003), que refiere una rtes. Si no mineralización conservada y una moderada desviación lateral de la columna sede en el dorsal en "S", lo que el médico José León interpreta como existencia de una tal de 2/3 desviación lateral leve, frecuente en la población normal;

terioridad c) visitas al kinesiólogo don Rafael Prieto (febrero y marzo de 2004), nandante, y al traumatólogo don Nelson Cerpa, quien le solicitó una resonancia ces pasan magnética para establecer la posible existencia de una escoliosis.

onvenido 4.- El examen que siguió al estudio radiológico inicial recién referido encia del arrojó el diagnóstico etiológico de "Hernia de Núcleo Pulposo L4 L5 código de izquierda", afección que se trató quirúrgicamente y con éxito el 27 de 10 de sus octubre de 2004, por neurocirujano, sin existir otra patología concurrente a rado; la fecha que pudiera explicar su cuadro clínico. Es decir, la sintomatología o que se del paciente era secundaria a la presencia de una hernia discal y no a la de Estado abró con otra patología.

dez total 5.- Con posterioridad a dicha intervención, el paciente fue derivado a la doctora Valeria Musa Diéguez a raíz de haber presentado un cuadro de dorsolumbalgia, profesional que le diagnosticó una "Espondiloartrosis dorsolumbar", informando como fecha desde la cual se encuentra el asegurado en control o tratamiento por estas enfermedades, el mes de diciembre de 2004, fecha que se remonta al examen RX de columna. En cuanto al dolor del paciente, lo ubicó más bien entre aquellos que tienen dolor o rigidez moderada.



6.- El 8 de septiembre de 2006 la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Cuarta Región de Coquimbo declaró la incapacidad definitiva del actor bajo el diagnóstico de "Espondiloartrosis Dorsolumbar Crónico".

7.- La aseguradora rechazó el pago de la cobertura ya que la Espondiloartrosis Dorsolumbar y lumbago crónico presentaba un diagnóstico a lo menos desde diciembre de 2003, aludiendo a la existencia de una radiografía de columna realizada el año 2003 por diagnóstico de escoliosis, corroborado por informe médico del doctor Nelson Cerpa, quien evaluó al paciente el mes de abril de 2004.

8.- El seguro contratado por el demandante no cubre Enfermedades Pre-Existentes, de acuerdo con lo indicado en la Declaración Simple de Salud de cada asegurado, debiendo entenderse como tales aquellas que al momento de suscribirse la solicitud-propuesta de seguro hayan sido diagnosticadas por un médico.

Las enfermedades Pre-Existentes no cubiertas son, entre otras, Diabetes, Hipertensión arterial, Trombosis y Hemorragia vascular cerebral, Depresión Crónica Endógena (bipolar), Cirrosis Hepática) y, además, "Las patologías a la columna vertebral como inflamatorias tumorales y traumáticas".

9.- La solicitud de contratación contempla, entre los requisitos de asegurabilidad, la declaración de no padecer ciertas enfermedades, entre las cuales se encuentran las 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;

SÉPTIMO: Que sobre la base de dicho presupuesto fáctico, los sentenciadores concluyen que el demandante no estaba en conocimiento de que le afectaba una de las enfermedades excluidas de cobertura y que la enfermedad que con posterioridad ocasionó su invalidez no fue diagnosticada con antelación al contrato de seguro.

Expresan los jueces que si bien el actor presentó dolores de espalda, calificados como un dolor moderado por la fisiatra que lo atendió después

de la operación relacionado con lesiones magnéticas y concluyentes como éxito hubo otras que excluiría el diagnóstico. Añaden instrumentos para aceptar las y conformes que no son dolencias enfermedades asegurables (Inflamatorias).

En la patología de seguridad. Aclaran a que el juez discalifica que han cualquier oportunidad de intervenir en la contratación.

Aclaran que el enferme que desfiguró la existencia de la omisión.

Preventiva e de la operación de hernia y aunque no dejó de consultar especialistas incapacidades relacionados, de los exámenes clínicos, radiografías y resonancias Dorsolumbar magnéticas que se practicó a través del tiempo lo único que resultó concluyente fue una hernia discal, cuya intervención quirúrgica se catalogó ya que la como exitosa, llegándose a sostener por el neurocirujano a cargo que no entaba un hubo otras complicaciones y que no existían otras patologías, lo que existencia excluiría el diagnóstico final de la Compin en lo que atañe a ese momento. diagnóstico de

Añaden que tratándose de una materia contractual en la que el o los erpa, quien instrumentos son de adhesión, al solicitante del seguro no le queda sino aceptar las cláusulas redactadas de antemano por la Compañía Aseguradora y conforme a esas estipulaciones convenidas, lo que se excluye de cobertura enfermedades Simple de llas que al ayan sido (Inflamatorias tumorales y traumáticas) y al aparato músculo esquelético.

En la especie, la Espondiloartrosis Dorsolumbar - que es una de estas patologías- fue diagnosticada con posterioridad a la celebración del contrato de seguro.

A este respecto, los jueces desestiman la opinión del perito –en orden a que el germen de la enfermedad ya estaba cuando se diagnosticó la hernia discal- por cuanto tal conclusión no es compartida por los otros médicos que han certificado hechos de su especialidad en la causa y porque, 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.

Así, concluyen los jueces que la falta de diagnóstico médico de la enfermedad desampara a la Compañía, pues es el propio texto contractual el que define qué debe entenderse por Enfermedades Pre-Existentes.

A su turno, para desestimar la alegación de la demandada relativa a la existencia de mala fe, de dolo o reticencia del actor, los jueces expresan que la omisión de declarar los problemas de salud que presentaba no es signo



inequívoco de fraude o mala fe, tanto porque la buena fe se presume — constituyendo una regla de general aplicación en el derecho, lo que aún resulta más claro teniendo en consideración la forma en que llegó a interesarse en contratar el seguro de vida y de incapacidad el demandante— como porque no se ha demostrado que el actor tuviera que saber que su salud estaba comprometida al punto de constituir una enfermedad de las enumeradas en las condiciones de asegurabilidad, no son cubiertas por el seguro.

Al decir de los jueces, "*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*".

Finalmente, los falladores rechazan la alegación referida a la nulidad relativa del seguro por falsoedades previas a la contratación, tanto porque ha quedado asentado que no ha existido dolo o reticencia, cuanto porque tal pretensión debió ser materia de una demanda reconvencional, o sea, de una acción y no de una simple defensa;

OCTAVO: Que en el primer capítulo de su recurso de casación de fondo, el demandado sostiene que se han infringido los artículos 1698, en su inciso segundo, del Código Civil, en relación al 341 del Código de Procedimiento Civil y 1700 y 1702 del citado código sustantivo.

Ello sucede, en concepto del impugnante, porque el fallo deja establecido que el actor no tenía conocimiento de enfermedad alguna, aserto que se comprobaría con el mérito del certificado emitido por el médico Eduardo Cornejo Robinson, agregado como medida para mejor resolver, al que asignan valor probatorio de instrumento privado reconocido en juicio, cuando en realidad se trata de un simple testimonio extrajudicial que emana de un tercero ajeno al proceso, por lo que carece de todo valor probatorio;

NOVENO: Que, efectivamente, el Tribunal de Alzada tuvo por acompañado, como medida para mejor resolver, el certificado agregado a fojas 337. Sin embargo, en dicho instrumento el médico que intervino al demandante el 27 de octubre de 2004 sólo aclara lo que ya había certificado

en el docu
fecha de l
concurrente
citación, y

Conoci
conocimie
únicamente
infringidas

no podrá s

DÉC

Código C
Procedimi
desconoci
sus escrita
los jueces

Cor
soslaya t
distinto a
que el act
póliza de

Lo

el mérito
autos, cui
la incapaci
la suscri
probanza
especiali
encuentra
convenir
eminente
recurríde
que el ar

presume — en el documento que corre agregado a fojas 118, en el cual señaló que a la fecha de la intervención el demandante no presentaba otra patología concurrente, instrumento que a fojas 199 se tuvo por acompañado, con citación, y que en su oportunidad no fue objetado de contrario.

Considerando lo recién expuesto y, además, que el hecho relativo al conocimiento de la enfermedad por parte del asegurado no se colige únicamente de la probanza cuestionada, el recurso, en cuanto estima infringidas las normas reguladoras de la prueba que se vienen relacionando, no podrá ser acogido;

DÉCIMO: Que en cuanto a la vulneración del artículo 1713 del Código Civil en relación al 399, inciso segundo del Código de Procedimiento Civil, conculcados al decir del recurrente por haberse desconocido el mérito de las declaraciones que el propio actor formula en sus escritos fundamentales y en la absolución de posiciones, lo cierto es que los jueces no desatienden los dichos del actor.

Contrariamente a lo que recrimina la demandada, la sentencia no soslaya tales declaraciones ni establece como hecho de la causa algo distinto a lo que ha declarado el actor. De hecho, los jueces dejan asentado que el actor sufría dolores y molestias desde antes de la suscripción de la póliza de autos y que se sometió a diferentes procedimientos médicos.

Lo que sucede, en realidad, es que tales declaraciones no han tenido el mérito de desvirtuar la razón fundamental para acoger la demanda de autos, cual es la inexistencia de un diagnóstico médico que compruebe que la incapacidad del actor se origina en las dolencias que sufrió desde antes de la suscripción del contrato de seguro. Luego, si con las numerosas probanzas de autos —y dentro de ellas, las opiniones de diferentes especialistas- no ha sido posible determinar que la invalidez del actor encuentra su origen en las molestias y problemas que presentaba antes de convenir el seguro de marras, mal puede pretenderse que dicha cuestión, eminentemente técnica, haya podido dilucidarse con los dichos que el recurrido pudo haber expresado a lo largo del procedimiento, lo que impide que el arbitrio de nulidad, también a este respecto, pueda prosperar;



UNDÉCIMO: Que para explicar la conculcación del artículo 425 del Código de Procedimiento Civil, el recurrente desarrolla dos líneas argumentales. Una, para exponer que en el proceso de valoración del informe de peritos se han infringido las reglas de la sana crítica al vulnerarse el principio lógico de no contradicción, lo que sucedería al confrontar el hecho establecido en el motivo segundo del fallo –relativo al tratamiento de lumbago al que se habría sometido el actor- con lo asentado en el basamento cuarto, donde los sentenciadores expresan, valorando el informe pericial, que el actor solamente padecía “dolores persistentes”, concluyendo con ello que el demandante no tenía conocimiento de su enfermedad y que el tratamiento de lumbago se encuentra excluido de cobertura, por ser una patología al aparato músculo esquelético.

De otra parte, reprocha que los jueces prescinden de las máximas de experiencia al ponderar el mérito probatorio del dictamen pericial, ya que siendo un hecho asentado que el seguro fue contratado el 24 de mayo de 2004 y que el asegurado se encontraba sometido a tratamiento por sus patologías músculo esqueléticas al menos desde octubre de 2003, ha debido concluirse, conforme a tales máximas, que el actor sabía de su estado de salud y conocía que padecía lumbago, patología diagnosticada médica mente que afectaba su aparato músculo esquelético y que es el germin del posterior diagnóstico de su incapacidad;

DUODÉCIMO: Que en lo que concierne a la primera crítica, de su propio desarrollo se devela que lo cuestionado se dirige más bien a denunciar una eventual contradicción entre los razonamientos del fallo, reproche del todo ajeno a la inobservancia del estándar a que se refiere el artículo 425 del código adjetivo y que, por lo mismo, ha debido encauzarse de un modo distinto al que propone el recurrente,

Y en cuanto al segundo postulado, que en apariencia se aviene con mayor propiedad a un cuestionamiento relativo a la conculcación del sistema valorativo de la sana crítica, conviene recordar, como ya ha tenido ocasión de aclarar esta Corte, que el citado artículo 425 no reviste el carácter de reguladora de la prueba, en la medida que el precepto no le fija

un valor pr
probanzas,
conformida
disposición
correcto ei
experiencia
cuanto a lo
la que enví
dar o no d
reglas de l
dentro de l

Sigu

otras que
primeras c
en el esp
Comercial
Couture,
contingent
lugar; per
debe apoy
Buenos A

autor, la
independi
de lo qu
aplicació

Co
la sana ci
juez fren
máximas
la fundan
En
informe

título 425 del a dos líneas aloración del na crítica al sucedería al -relativo al lo asentado valorando el "persistentes", iento de su excluido de un valor probatorio tasado a la prueba pericial, como acontece con otras probanzas, sino que consagra la potestad del tribunal de apreciarla en conformidad a las reglas de la sana crítica ya que, por medio de la referida disposición se conduce el análisis del sentenciador conforme a las reglas del correcto entendimiento contingentes y variables, con relación a la experiencia del tiempo y del lugar, que son estables y permanentes en cuanto a los principios lógicos en que debe apoyarse la sentencia. Es la ley la que envía al juez la forma como apreciará la prueba pudiendo, por ende, dar o no dar valor probatorio a estos medios, razonando conforme a las reglas de la lógica y máximas de experiencia, motivo por el cual queda dentro de lo que se denomina prueba judicial y no legal.

Siguiendo la opinión de Alsina, las reglas de la sana crítica no son otras que las que prescribe la lógica y derivan de la experiencia, las primeras con carácter permanente, y las segundas variables en el tiempo y en el espacio (Tratado teórico práctico de Derecho Procesal Civil y Comercial 1956, Buenos Aires, Ediar S.A. editores, pág. 127), las que para Couture, constituyen "reglas del correcto entendimiento humano; contingentes y variables con relación a la experiencia del tiempo y del lugar; pero estables y permanentes en cuanto a los principios lógicos en que debe apoyarse una sentencia (Estudios de Derecho Procesal Civil, 1979, Buenos Aires, Editorial Desalma, pág. 195). En opinión de este último autor, las máximas de experiencia son normas de valor general, independientes del caso específico, pero como se extraen de la observación de lo que generalmente ocurre en muchos casos, son susceptibles de aplicación en todos los otros casos de la misma especie.

Como categoría intermedia entre la prueba legal y la libre convicción, la sana crítica configura una fórmula adecuada de regular la actividad del juez frente a la prueba cuyos elementos son los principios de la lógica, las máximas de la experiencia, los conocimientos científicamente afianzados y la fundamentación de las decisiones.

En este orden de ideas, debe asentarse que si la ponderación del informe de peritos ha de efectuarse adaptada a la sana crítica, que



constituye un ámbito amplio e inespecífico de análisis con fidelidad a las pautas inmutables de la lógica, de los principios científicos afianzados y a las máximas de la experiencia, no es factible asilarse en la inexistencia de ese escrutinio si el fallo desaprobado exterioriza suficientemente los argumentos tomados en cuenta para adoptar la decisión que permite resolver el asunto controvertido y si aquellos han sido formulados conforme los parámetros que impone la ponderación de la probanza en los términos que la norma que se viene relacionando exige.

Y si bien el recurrente sostiene que los jueces han desobedecido las máximas de la experiencia al declarar que el actor desconocía padecer de una enfermedad y que el tratamiento de lumbago se encontraba excluido de cobertura, pese a que se encontraba sometido a tratamiento por sus patologías músculo esqueléticas al menos desde octubre de 2003, lo cierto es que esta última circunstancia no permite deducir, como lo pretende quien recurre, que el actor tuviera conocimiento cierto 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 lo demás, tampoco ha quedado establecido que la enfermedad que originó la incapacidad permanente del actor se relacione directamente con el lumbago, por cuanto luego de la intervención quirúrgica a la que se sometió durante la vigencia del seguro, se descartó la presencia de otras patologías distintas a las que motivaron dicha operación.

Todas estas consideraciones del fallo, a diferencia de lo que estima el recurrente, sí dan cuenta de una crítica razonada del informe pericial y las razones para descartar las conclusiones a las que arriba su autor, por lo que se cumple con el estándar exigido por el artículo 425 del Código de Procedimiento Civil al determinar el valor de un dictamen pericial, sin apreciarse en dicha ponderación judicial defectos de fundamentación lógicos, errores en la comprensión científica de las cosas, ni desviaciones del saber nacido de la experiencia humana;

DÉCIMO TERCERO: Que tocante al quebrantamiento de las normas contenidas en los artículos 1702 y 1706 del Código Civil y en el

numeral
aprecia q
para la pi
Adiciona
estimado
obligació

En
tenor de
proceder
permane
originad;
contrari
a la susc
dichas c
partes co

D
rechazau
del artíc
Código
hechos
cobertu
corresp
vigenci
contrar
incapa
otorgai
precisa
al alej
dolore
contra

preced

delidad a las ~~existencia de~~ numeral 3º del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, no se hanzados y a aprecia que el fallo impugnado haya desconocido los términos pactados para la procedencia del capital asegurado que se explicitan en la Cláusula Adicional acompañada por la demandada. Distinto es que los jueces hayan estimado que los supuestos de hecho que eximen a la aseguradora de su obligación de pago no concurren en la especie.

los términos

edecido las padecer de excluido de o por sus 3, lo cierto ende quien luid estaba aeradas en ro.

fermedad ectamente la que se de otras estima el cial y las or lo que digo de cial, sin entación iaciones

de las y en el

En otras palabras, el razonamiento de los juzgadores no prescinde del tenor de lo convenido por las partes ni ellos tampoco olvidan que para proceder al pago del capital asegurado, el riesgo relativo a la invalidez permanente de dos tercios debió ser causada "por enfermedad originada...durante la vigencia de esta cláusula adicional", sino que, por el contrario, han asentado que si bien el actor sufrió dolencias con anterioridad a la suscripción de la póliza, la demandada no ha podido comprobar que dichas complicaciones constituyeran el origen de la enfermedad que las partes convinieron excluir de la cobertura contratada;

DÉCIMO CUARTO: Que, por las razones expuestas también ha de rechazarse el último capítulo del arbitrio, en cuanto denuncia la violación del artículo 1545 del Código Civil en relación a los artículos 512 y 556 del Código de Comercio, explicada sobre un supuesto fáctico extraño a los hechos establecidos en el fallo, desde que no ha podido establecerse que la cobertura, que los jueces ordenan que la recurrente preste al actor, corresponda a un riesgo que ya se había presentado con anterioridad a la vigencia de la póliza y que el asegurado no habría declarado. Por el contrario, los jueces han concluido que la Espodiloartrosis Dorsolumbar que incapacita al demandante no fue diagnosticada con anterioridad al otorgamiento del contrato y, con estricto apego al texto convenido, es precisamente esa falta de diagnóstico médico lo que impide prestar acogida al alegato de la aseguradora, pues lo excluido de cobertura no son los dolores ni los malestares que pudo presentar el asegurado en forma previa al contrato, sino enfermedades preexistentes;

DÉCIMO QUINTO: Que conforme a los razonamientos precedentes, es posible concluir que los sentenciadores han hecho un



acertado análisis de las situaciones fácticas pertinentes a la controversia objeto de la litis, para proceder, a continuación, a efectuar una correcta aplicación de la normativa atinente al caso de que se trata.

En consecuencia, al no haberse producido las vulneraciones de ley ni los errores de derecho denunciados, el recurso de nulidad de fondo deberá ser desestimado, en todos sus extremos.

Por estas consideraciones y lo preceptuado en los artículos 765, 767 y 768 del Código de Procedimiento Civil, se rechazan los recursos de casación en la forma y en el fondo, deducidos a lo principal y primer otrosí de fojas 466 por el abogado don Federico Allendes Silva, en representación de la demandada, en contra de la sentencia de diecisiete de octubre de dos mil doce, escrita a fojas 459.

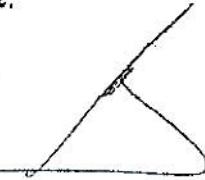
Regístrese y devuélvase.

Pronunciado
Sres. Nibak
Maggi D., y
No firma e
obstante ha
por haber c

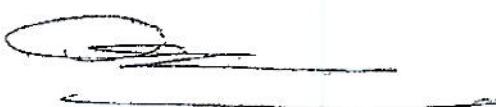
Autorizac

En Santi
el Estad

Si Seguir



S. G. M. q



Maggi D. / P. M. C.

Verificada. Oficina de Protocolo.

a controversia

una correcta

mes de ley ni
fondo deberá

os 765, 767

recursos de

primer otros

resentación

ibre de dos

Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema por los Ministros Sres. Nibaldo Segura P., Juan Araya E., Guillermo Silva G., Sra. Rosa Maggi D., y Abogado Integrante Sr. Jorge Baraona G.

No firma el Ministro Sr. Araya y el Abogado Integrante Sr. Baraona, no obstante haber concurrido ambos a la vista del recurso y acuerdo del fallo, por haber cesado en sus funciones el primero y estar ausente el segundo.

Autorizado por la Ministra de fe de esta Corte Suprema.

En Santiago, a tres de marzo de dos mil catorce, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

CONFORME CON SU ORIGINAL TENIDO A LA VISTA
Santiago de Chile, 16 de Marzo de 2014



Santiago, doce de mayo de dos mil catorce..

Por ingresado al despacho con esta fecha

Cúmplasc

Dirección: Edificio Metrópoli Moneda 920, Of. 803-Santiago Centro - Chile
Teléfonos (56 2) 26129205- (56 2) 26325795- (56 2) 26337215 - Fax: (56 2) 26327369
Correo Electrónico: jaramarin@jaramarinabogados.cl - Pág. Web: www.jaramarinabogados.cl