

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 4° 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 6° 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 funda el :
ha influido en lo dispositivo de la sentencia, por cuanto si los jueces invocado,
hubiesen analizado dichas probanzas habrían establecido que el actor no fundament
solamente sufría de dolores de espalda, como señala el fallo cuestionado, por la par
sino que presentaba problemas a la columna que ameritaron su derivación a exigibles;
un especialista y que tal enfermedad no se originó durante la vigencia de la TEL
póliza, condición prevista en la cláusula adicional de la póliza de autos para seriedad a
que opere el seguro contratado. del mism

Además, acusa que la sentencia contiene considerandos contradictorios que se anulan entre sí, privando de fundamento a la enfermedad
decisión, defecto que también la hace incurrir en la referida causal de la sentenc
invalidación. No

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

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

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

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

gencia de la **TERCERO:** Que lo que se viene de apuntar sirve también para restar seriedad al segundo argumento con que intentó respaldar la concurrencia de autos para el mismo vicio de nulidad, basado, según se explicó, en la eventual contradicción en que incurrirían los jueces en lo relativo al origen de 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 considerandos reprobados por el demandado contienen una descripción de las probanzas aportadas por las partes y las conclusiones que de ellas es dable extraer, sin ser posible afirmar que, de tal relación, se incurra en las contradicciones que acusa dicha parte, sino, antes bien, ellas se verificarían con la particular interpretación y análisis que de tales probanzas propone el recurso y no del examen y actividad que los jurisdicentes plasmaron en la decisión cuestionada;

das de la **CUARTO:** Que, como corolario de los razonamientos precedentemente desarrollados, el recurso de casación en la forma que se ha analizado será desestimado, ya que los hechos en que se fundan los errores 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 denuncia que en su fallo los sentenciadores incurren en diversos errores de derecho, que explica y desarrolla en cinco apartados.

En el primero, da cuenta de la infracción de los artículos 1698, inciso segundo, del Código Civil, en relación al 341 del Código de Procedimiento Civil y 1700 y 1702 del citado código sustantivo, lo que se produciría por haberse asentado hechos por medios probatorios no permitidos por la ley, 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 explicita 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 conculcación 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 absolvió, 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 enferme
desconocie
cobertura, y
Se in
sana crítica
al pondera
hecho aser
asegurado
esquelético
conforme
conocía c
afectaba
diagnósti
El
quebrant
Código
Procedin
mérito p
apercibi
contrari
debió ha
cobertur
instrum
capital

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

reguladoras Se incurre también en una segunda contravención a las reglas de la
llo, pues la sana crítica cuando los jueces dejan de acudir a las máximas de experiencia
el informe 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
título 1713 asegurado se encontraba sometido a tratamiento por sus patologías músculo
adjetivo, al esqueléticas al menos desde octubre de 2003, ha debido concluirse,
formula en conforme a tales máximas, que el actor sabía de su estado de salud y
an lumbago conocía que padecía lumbago, patología diagnosticada médicamente que
e exámenes afectaba su aparato músculo esquelético y que es el germen del posterior
de lumbago diagnóstico de su incapacidad.

ánea que el El cuarto acápite del libelo se reserva para explicar el
iciones que quebrantamiento de las normas contenidas en los artículos 1702 y 1706 del
febrero de Código Civil y en el numeral 3° del artículo 346 del Código de
3 se realizó Procedimiento Civil, lo que sucede, según quien recurre, al desconocerse el
vertebral y mérito probatorio de la Cláusula Adicional acompañada por su parte bajo el
una hernia, apercibimiento de la referida norma adjetiva y que, al no ser objetada de
ante y que, contrario, adquirió el carácter de instrumento público. En consecuencia,
ir que la debió haber quedado establecida la existencia de la definición misma de la
ago que lo 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 principado 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 ver
Nº 4900001

misma fecha
el 24 de mayo

3.- Co
actor se son

a) De
comparació

la OMS, la
L4) present

b) R
mineraliza
dorsal en "
desviación

c) vi
y al traur
magnética

4.- 1
arrojó el
izquierda
octubre d
la fecha c
del pacien
otra patol

5.-
la doctor
dorsolum
dorsolum
asegurad
diciembr
cuanto a
dolor o i

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,
ace el actor el 24 de mayo de 2004;

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

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

de seguros b) *RX Columna Total* (9 de diciembre de 2003), que refiere una
ipado con mineralización conservada y una moderada desviación lateral de la columna
esencial la dorsal en “S”, lo que el médico José León interpreta como existencia de una
ontrato. El desviación lateral leve, frecuente en la población normal;

ncierto en c) visitas al kinesiólogo don Rafael Prieto (febrero y marzo de 2004),
rtes. Si no y al traumatólogo don Nelson Cerpa, quien le solicitó una resonancia
rede en el magnética para establecer la posible existencia de una escoliosis.

tal de 2/3 4.- El examen que siguió al estudio radiológico inicial recién referido
terioridad arrojó el diagnóstico etiológico de “Hernia de Núcleo Pulposo L4 L5
nandante, izquierda”, afección que se trató quirúrgicamente y con éxito el 27 de
ces pasan octubre de 2004, por neurocirujano, sin existir otra patología concurrente a
onvenido la fecha que pudiera explicar su cuadro clínico. Es decir, la sintomatología
encia del del paciente era secundaria a la presencia de una hernia discal y no a la de
ódigo de otra patología.

no de sus 5.- Con posterioridad a dicha intervención, el paciente fue derivado a
rado; la doctora Valeria Musa Diéguez a raíz de haber presentado un cuadro de
o que se dorsolumbalgia, profesional que le diagnosticó una “Espondiloartrosis
o Estado dorsolumbar”, informando como fecha desde la cual se encuentra el
abró con asegurado en control o tratamiento por estas enfermedades, el mes de
dez total diciembre de 2004, fecha que se remonta al examen RX de columna. En
cticaron cuanto al dolor del paciente, lo ubicó más bien entre aquellos que tienen
des a la 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 opera
relacionado
magnéticas
concluyente

como éxito
hubo otras
excluiría el
Añar

instrument
aceptar las

y conform
no son dol
enfermeda
asegurabil
(Inflamato

En
patología
de seguro

A
a que el p

discal- p
que han
cualquie
oportuni
intervien

contrata
A

enferme
que defi
A

existent
la omis

Preventiva e de la operación de hernia y aunque no dejó de consultar especialistas
incapacidad 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
a existencia excluiría el diagnóstico final de la Compin en lo que atañe a ese momento.

gnóstico 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
ermedades y conforme a esas estipulaciones convenidas, lo que se excluye de cobertura
Simple de no son dolores ni malestares que pueda sentir o tener el contratante, sino las
llas que al enfermedades específicas que se señalan en las condiciones de
ayan sido asegurabilidad y, además, las patologías a la columna vertebral
(Inflamatorias tumorales y traumáticas) y al aparato músculo esquelético.

tre otras, En la especie, la Espondiloartrosis Dorsolumbar - que es una de estas
cerebral, patologías- fue diagnosticada con posterioridad a la celebración del contrato
nás, "Las de seguro.

orales y 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
isitos de discal- por cuanto tal conclusión no es compartida por los otros médicos
entre las que han certificado hechos de su especialidad en la causa y porque, en
es como cualquier caso, la enfermedad cuya cobertura fue rechazada en dos
licitamen oportunidades por la Compañía Aseguradora no lo fue hasta después de la
un; intervención quirúrgica, la cual también ocurre una vez vigente el seguro
ico, los contratado.

iento de Así, concluyen los jueces que la falta de diagnóstico médico de la
que la enfermedad desampara a la Compañía, pues es el propio texto contractual el
no fue que define qué debe entenderse por Enfermedades Pre-Existentes.

A su turno, para desestimar la alegación de la demandada relativa a la
spalda, existencia de mala fe, de dolo o reticencia del actor, los jueces expresan que
después 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 falsedades 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 documento
fecha de la
concurrente
citación, y

Cons
conocimien
únicamente
infringidas

no podrá ser

DÉC

Código C
Procedimi

desconoci
sus escrito
los jueces

Cor
soslaya ti

distinto a
que el act
póliza de

Lo
el mérito

autos, cu

la incapac

la suscri

probanza

especiali

encuentra

convenir

eminente

recurrido

que el ar

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

ver que su Considerando lo recién expuesto y, además, que el hecho relativo al
lad de las conocimiento de la enfermedad por parte del asegurado no se colige
tas por el únicamente de la probanza cuestionada, el recurso, en cuanto estima
s objetivo, no podrá ser acogido;

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

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

llo deja Lo que sucede, en realidad, es que tales declaraciones no han tenido
a, aserto el mérito de desvirtuar la razón fundamental para acoger la demanda de
médico autos, cual es la inexistencia de un diagnóstico médico que compruebe que
olver, al la incapacidad del actor se origina en las dolencias que sufría desde antes de
juicio, la suscripción del contrato de seguro. Luego, si con las numerosas
emana probanzas de autos —y dentro de ellas, las opiniones de diferentes
orio; especialistas- no ha sido posible determinar que la invalidez del actor
vo por encuentra su origen en las molestias y problemas que presentaba antes de
agado a convenir el seguro de marras, mal puede pretenderse que dicha cuestión,
vino al eminentemente técnica, haya podido dilucidarse con los dichos que el
ificado 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 médicamente que afectaba su aparato músculo esquelético y que es el germen 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 probanzas, conformada disposición correcto en experiencia cuanto a lo la que envi dar o no d reglas de l dentro de l

Sigu

otras que primeras e en el esp Comercial Couture, contingent lugar; pero debe apoy Buenos A autor, la: independi de lo qu aplicaci

Con la sana ci juez fren máximas la fundan En informe

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

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

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

viste el En este orden de ideas, debe asentarse que si la ponderación del o le fija 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 p
Adiciona
estimado
obligació

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

D
rechazai
del artí
Código
hechos
cobertu
corresp
vigenci
contrar
incapa
otorgar
precise
al aleg
dolore
contra

precei

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

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

eradas en **DÉCIMO CUARTO:** Que, por las razones expuestas también ha de
ro. rechazarse el último capítulo del arbitrio, en cuanto denuncia la violación
nfermedad del artículo 1545 del Código Civil en relación a los artículos 512 y 556 del
ectamente Código de Comercio, explicada sobre un supuesto fáctico extraño a los
la que se hechos establecidos en el fallo, desde que no ha podido establecerse que la
de otras cobertura, que los jueces ordenan que la recurrente preste al actor,
estima el corresponda a un riesgo que ya se había presentado con anterioridad a la
cial y las vigencia de la póliza y que el asegurado no habría declarado. Por el
or lo que contrario, los jueces han concluido que la Espodiloartrosis Dorsolumbar que
digo de incapacita al demandante no fue diagnosticada con anterioridad al
cial, sin otorgamiento del contrato y, con estricto apego al texto convenido, es
entación precisamente esa falta de diagnóstico médico lo que impide prestar acogida
laciones 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;

de las **DÉCIMO QUINTO:** Que conforme a los razonamientos
y en el precedentes, es posible concluir que los sentenciadores han hecho un

1



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.

Redacción a cargo de la Ministra señora Maggi D.

Nº 9669-12.

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

Autoriza

En Santi
el Estado

Si Seguir

S. Silva

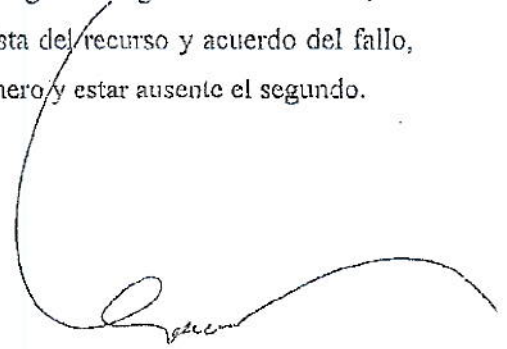
Sra Maggi

Ante el Sr. Jefe y Promotor.

SECRETARIA

a controversia
una correcta
mes de ley ni
fondo deberá
os 765, 767
recursos de
rimer otrosí
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 Mayo de 2014



Santiago, doce de mayo de dos mil catorce.-

Por ingresado al despacho con esta fecha

Cúmplase



Dirección: Edificio Metrópoli Moneda 920, Of. 801- Santiago Centro - Chile
Teléfonos (56 2) 26329205- (56 2) 26325795- (56 2) 26337215 - Fax: (56 2) 26322369
Correo Electrónico: jaramarin@jaramarin-abogados.cl - Pág. Web: jaramarin-abogados.cl

