

DIRECCIÓN: Avenida Apoquindo N° 3885, oficina 602 comuna de Las Condes
CAUSA: 13° Juzgado Civil de Santiago - ROL N°:7923-16

Notifico a ud. lo siguiente:

FOJA: 759 .. -

| | |
|------------------|------------------------------------|
| NOMENCLATURA | : 1. [40]Sentencia |
| JUZGADO | : 13° Juzgado Civil de Santiago |
| CAUSA ROL | : C-7923-2016 |
| CARATULADO | : RODRÍGUEZ / CIA DE SGROS DE VIDA |
| EUROAMERICA S.A. | |

Santiago, treinta y uno de Agosto de dos mil dieciocho

Vistos:

Comparecen **Ricardo Eladio Rodríguez Aguirre**, empleado, y doña **Sandra Lorena Reveco Álvarez**, labores de casa, ambos con domicilio en calle Renato Sánchez N°3366, depto. 73, comuna de Las Condes, e interponen demanda de indemnización de perjuicios por incumplimiento de contrato de seguro contra **Euroamérica Seguros de Vida S.A.**, del giro de su denominación, representada por don Claudio Asecio Fulgeri, ambos con domicilio en Avenida Apoquindo N° 3885, piso 20, comuna de Las Condes.

LEONARDO OLGUIN PINO
RECEPTOR JUDICIAL
HUERFANOS 1147 OF. 437

Exponen que contrataron la póliza N°261344-6 con la cobertura denominada TODOSALUD PLUS 50, el Sr. Rodríguez en calidad de contratante y la Sra. Reveco como beneficiaria, con una vigencia entre el 1 de julio 2014 y el 30 de junio 2015. La referida póliza se estructuró sobre la base del condicionado general, con las siguientes coberturas: Beneficios hospitalización y ambulatorios reembolso de deducible enfermedades graves" beneficio hospitalario: Día Cama Hospitalización Servicio Hospitalario Honorarios Médicos Servicio Enfermería Servicio Ambulancia Cirugía Dental por Accidente beneficio ambulatorio Consultas Médicas Exámenes de Laboratorio Exámenes Radiológicos Procedimientos de diagnóstico Procedimientos Terapéuticos Cirugía Ambulatoria Drogas Oncológicas. Se estipuló un reembolso del 100% por sobre el plan de salud del asegurado, con un tope de cobertura de UF 15.000, y se pactó una cláusula adicional de enfermedades graves que cubría los riesgos de enfermedad oncológica-cáncer.

La demandada realizó el respectivo estudio y Declaración Familiar de Salud con fecha 19 de junio 2014, y en lo que aquí interesa, ahí se dejó constancia que la asegurada Sra. Reveco pretendía someterse a una cirugía bariátrica, en pleno conocimiento que esa intervención no tendría cobertura por el seguro. En este contexto se realizaron una serie de exámenes durante el mes de agosto 2014, entre ellos, una ecotomografía abdominal. Luego de obtener los resultados, recién el 14 de octubre 2014 se diagnosticó la existencia de un colangiocarcinoma mediante biopsia bajo TAC realizada por



sospecha de neoplasia no confirmada hasta esa fecha. Este tumor maligno -o cáncer al hígado- comenzó a ser tratado de urgencia por oncólogos de la Clínica Las Condes.

El conflicto se presenta al denunciar el siniestro, ya que el 10 de diciembre 2014 la demandada les comunicó la negativa de cobertura por estimar que la patología fue diagnosticada dentro del período de carencia.

Como primer reproche pone de relieve que el informe de liquidación no fue emitido por un liquidador oficial sino por la propia Compañía, adoleciendo, además, de graves errores entre los cuales destaca la falta de determinación de la pérdida y calificar arbitrariamente los exámenes como un "estudio diagnóstico". Sobre este último punto, afirma que la asegurada yerra al considerar que los exámenes realizados con ocasión de la cirugía bariátrica habrían conllevado al diagnóstico, pues el cáncer fue diagnosticado recién el 14 de octubre de 2014, esto es, fuera del período de carencia.

En segundo lugar y sin perjuicio de lo anterior, postula que la cláusula de carencia no sería aplicable al caso ya que la compañía cobró la prima durante dicho período. Esta situación vulneraría lo dispuesto en el artículo 527 del Código de Comercio, ya que -según afirma- la carencia es incompatible con el cobro de la prima, pues conforme a la norma citada el asegurador gana la prima desde que los riesgos comienzan a correr por su cuenta. Por consiguiente, el cobro de la prima importaría una renuncia tácita a la estipulación de carencia.

Por último, señala que esta disputa fue sometida al procedimiento de reclamación ante la Superintendencia de Valores y Seguros, entidad que resolvió en favor de la cobertura del siniestro por estimar que los antecedentes médicos de la cirugía bariátrica no podían ser considerados como diagnóstico del cáncer, pues ello debe ser efectuado por un médico oncólogo. No obstante lo anterior, la demandada decidió no acatar lo resuelto por la Superintendencia, obligándolos a recurrir a esta instancia a fin de obtener el cumplimiento forzado del contrato.

En lo concerniente a los perjuicios manifiestan que el incumplimiento ha significado soportar la totalidad de los gastos médicos, desembolsando alrededor de \$40.000.000, reservándose el derecho a determinar tanto la especie y monto en la etapa de ejecución del fallo conforme al artículo 173 del Código de Procedimiento Civil.



Previas citas legales y desarrollo normativo del contrato de seguros, solicitan acoger la demanda y condenar Euroamérica Seguros de Vida S.A. a cumplir el contrato de seguro, reembolsar las sumas cubiertas por la póliza contratada, además de pagar los perjuicios por daño emergente, lucro cesante y daño moral que se determinen en la etapa de cumplimiento, todo con intereses, reajustes y costas.

Contestando la demanda a fojas 73, Euroamérica Seguros de Vida S.A. solicitó su total rechazo, con costas, señalando que efectivamente don Ricardo Rodríguez Aguirre contrató la Póliza 2613446, en la que figuran como aseguradas doña Sandra Reveco Álvarez y doña Isidora Rodríguez Reveco. Sin embargo, dicha póliza contemplaba un período de carencia de 60 días entre el 27 de junio y el 26 de agosto de 2014, y por tanto cualquier gasto médico proveniente de incapacidad diagnosticada o en proceso de estudio diagnóstico se encuentra sin cobertura.

Explica que la carencia es un lapso durante el cual, no obstante estar vigente la póliza, los riesgos no recaen todos sobre la aseguradora; y lo que se pretende evitar es que una persona contrate un seguro con una lesión o dolencia de arrastre. En este contexto las partes pactaron un período de carencia en la cláusula 5 de las condiciones generales, destacando que, en la cláusula 4 de las condiciones particulares, se precisó que la carencia se refiere a enfermedades y no aplica para los accidentes.

En su defensa postula, en primer término, que procedió a efectuar directamente la liquidación del siniestro conforme lo permite el artículo 20 del Decreto Supremo N°1055 sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros y Procedimiento de Liquidación de Siniestros, motivo por el cual no advierte reproche alguno en este extremo. Asegura que el informe cumplió con todas las exigencias reglamentarias, y la falta de determinación del monto rechazado obedece a que la propia beneficiaria no entregó el respaldo de pagos. Luego, en lo atinente al fondo, señala que de los antecedentes aportados se estimó que el siniestro carecía de cobertura porque doña Sandra Reveco tomó conocimiento el 18 de agosto 2014, cuando se practicó una ecotomografía abdominal en que se constató "área focal seudonodular del LD". De ahí derivó la recomendación de una resonancia magnética para descartar lesión focal hepática que se lleva a cabo el 20 de agosto 2014, y finalmente se diagnosticó el colangiocarcinoma con fecha 14 de octubre de 2014.



Dicho lo anterior, afirma que el proceso de estudio diagnóstico del cáncer hepático comenzó en el período de carencia establecido en la póliza y la enfermedad denunciada estaba desprovista de cobertura al tenor de la póliza. En este sentido agrega que el costo de la prima contemplaba el período de carencia, y el precio se determinó en un monto anual, sin perjuicio que se hubiere establecido una forma de pago mensual. Por consiguiente, no se configura una infracción del artículo 527 del Código de Comercio, como tampoco se advierte un incumplimiento contractual de su parte ya que el rechazo se sujetó estrictamente al tenor del contrato.

Replicando a fojas 105, la demandante enfatizó -muy en síntesis- que la demandada hizo caso omiso de lo dictaminado por la Superintendencia del ramo, y para la interpretación de la cláusula de carencia debe atenderse que se trata de un contrato de adhesión.

Duplicando a fojas 118, la demandada reiteró la cláusula de carencia como sustento de la negativa de cobertura, fundado en que el inicio del estudio diagnóstico de la enfermedad se inició dentro de dicho período. Asimismo, insiste que las respuestas de la Superintendencia frente a consultas de los asegurados no tienen carácter vinculante, por tratarse de un procedimiento de carácter consultivo no jurisdiccional conforme a las atribuciones del artículo 4 letra b) del Decreto Ley N°3538. Y por último, afirma que si bien se trata de un contrato de adhesión, dicha calificación resulta irrelevante ya que la controversia no radica en alguna cláusula ambigua que haga necesario recurrir a la hermenéutica contractual.

A fojas 129 consta el llamado a las partes a conciliación, sin éxito.

A fojas 132 y 146 se fijaron los puntos de prueba.

A fojas 740 se citó a las partes a oír sentencia.

Considerando:

Primero: Que en materia de responsabilidad civil contractual el artículo 1545 del Código Civil dispone que todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por mutuo consentimiento o causas legales. En el caso que nos ocupa se ha deducido una acción de cumplimiento específico, entendida como "aquelle de que dispone el acreedor insatisfecho, una vez acaecido el incumplimiento, para que se declare la existencia y exigibilidad de una obligación y se condene al deudor a su pago". (Remedios Contractuales, cláusulas, acciones y otros

mecanismos de tutela del crédito, por Hugo Cárdenas Villarreal y Ricardo Reveco Urzúa, Primera Edición año 2018, página 279)

El artículo 1489 del Código Civil confiere al contratante diligente la facultad de pedir a su arbitrio la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios.

El demandante ha optado por demandar el cumplimiento específico de la obligación junto con la indemnización de los perjuicios provocados por el incumplimiento. Así entonces, los presupuestos de procedencia de la responsabilidad contractual son: 1) incumplimiento imputable; 2) mora del deudor; 3) perjuicio al acreedor; y 4) nexo causal entre el incumplimiento y los perjuicios.

Segundo: A fin de acreditar su pretensión, la demandante rindió prueba: Documental consistente en: 1) Póliza de Seguro, Código POL3200131731, Plan Todosalud Plus 50, de fecha 29 de julio de 2014 (asegurados, condicionado particular) suscrita entre Ricardo Rodríguez Aguirre y Euroamerica; 2) Condiciones generales Seguro de Salud Individual POL 320131731; 3) Cláusula Adicional Enfermedades Graves CAD 32013132; 4) Oficios Ordinarios N°s 22900, 25830, 28176, 29981, 30584 y 33259, todos del año 2014; Oficios Ordinarios N°s 7642, 25385, 25726, todos del 2015; y, Oficios Ordinarios N°s 2229, 2367 y 2850, todos de 2016; 5) Impresión de correo electrónico de fecha 03 de octubre de 2016 enviado por la SVS a don Diego Chamorro Le Roy, en que se remite oficio electrónico N° 24501; 6) Impresión de oficio electrónico N° 24501, de fecha 03 de octubre de 2016, mediante el cual la SVS remite copia íntegra de los antecedentes relativos al reclamo N° 537188; 7) Impresión de la reclamación 'RECLAMOS WEB SVS' SGD 20150110000363; 8) Documento adjunto a la reclamación N° 537188, y acompañado en oficio digital N° 24501 bajo el nombre "adjuntos_49798_1. Pdf"; 9) Documento adjunto a la reclamación N° 537188 y acompañado en oficio digital N° 24501, bajo el nombre "adjuntos_49798_2 pdf"; 10) Impresión de documento N° SGD 20150100000089, signado "Reclamo de Rodríguez Aguirre Ricardo Eladio"; 11) Impresión de Oficio ordinario N° 153, de fecha 06 de enero de 2015, dirigido por la SVS a la demandada; 12) Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 153, bajo el SGD 2015010004583; 13) Impresión de formulario y documento adjunto presentado por el Sr. Rodríguez Aguirre bajo el título "Complemento antecedentes" SGD 2015010000369; 14) Impresión de Oficio ordinario N° 8840, de fecha 29 de abril de 2015, dirigido por la SVS a don Ricardo Rodríguez; 15) Respuesta de don Ricardo Rodríguez



Aguirre a oficio N° 8840. SGD 2015050057436; **16)** Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 10218, bajo el SGD 2015060068040. con sus adjuntos; **17)** Impresión de Oficio ordinario N° 10216, de fecha 1de mayo de 2015, dirigido por la SVS a la demandada; **18)** Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 10216, bajo el SGD 2015050065696; **19)** Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 10216, bajo el SGD 2015060068040; **20)** Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 18069, bajo el SGD 2015080103786; **21)** Impresión de Oficio ordinario N° 21159, de fecha 30 de septiembre de 2015, dirigido por la SVS a don Ricardo Rodríguez; **22)** Impresión de Oficio Ordinario N° 22188 de fecha 13 de octubre de 2015, dirigido por la SVS a la demandada; **23)** Respuesta de la demandada Euroamerica al oficio N° 22188, bajo el SGD 2015100126385; **24)** Impresión de Oficio Ordinario N° 21159, de fecha 30 de septiembre de 2015, dirigido por la SVS a don Ricardo Rodríguez; Audiencia de Percepción Documental a fojas 714, respecto de los documentos singularizados del 5 al 24; **25)** Set de resumen de cuentas emitidos por Clínica Las Condes S.A., a través de los documentos N°s 1192874-2, 1195850-2, 1195850-2, 1196151-2, 1199175-2, 1199394-1, 1203068-2, 1206134-1, 1212389-1, 1212628-2, 1215657-5, 1215796-2, 1218416-2, 1218516-2, 1221063-2, 1224365-2, 1224530-2, 1244912-1, 1245047-2, 1254540-2, 1254920-2, 1266032-1 y 1266382-1, todos con copia de sus bonos respectivos; **26)** Set de resúmenes de prefacturas emitidos por Clínica Las Condes S.A., documentos N°s 1000000003920, 1000000008849 y 1000000006041; **27)** Set de comprobantes de pago emitidos por la demandada, por pago de prima de seguro de los meses de marzo, mayo y agosto, todos de 2016; **28)** Set de impresiones extraídas desde la página web de la demandada referidas a la póliza de seguros todosalud plus, su cobertura y características; **29)** Set de impresiones de distintos capítulos del libro "La Ley del Seguro" del autor Sergio Arellano Iturriaga, relativas al contrato de seguro de personas, características y elementos esenciales; **30)** Impresión de los acáپites I a V del libro "El riesgo en el contrato de seguro" del autor Juan Carlos F. Morandi, relativos a los elementos esenciales del contrato de seguro; **31)** Propuesta de seguro N° 818753; **32)** Informe médico de 17 de agosto de 2016, emitido por el Centro Clínico del Cáncer de Clínica Las Condes; **33)** Certificado médico emitido por el médico, Dr. Alberto Pérez Castilla, de fecha 02 de septiembre de 2016. Testimonial: A fojas 151 depusieron doña Emmy Melissa Hurtado Sarmiento y doña Soledad Cecilia Rojas Salinas, quienes declararon sobre los perjuicios sufridos por los demandantes. La primera dice conocer los hechos por ser delegada de apoderados en el colegio al que asiste



la hija menor de los demandantes; en ese contexto, se enteró de la enfermedad de la señora Reveco y de los problemas emocionales y económicos por las deudas ya que el seguro no le pagaba el tratamiento. En tanto, la segunda testigo hizo una descripción detallada de los daños emocionales padecidos por los distintos integrantes de la familia de la demandante, indicando que tomó conocimiento de los hechos porque su hija es compañera de Colegio de la hija de la señora Reveco. Ambas testigos señalaron que la demandante debió vender su propiedad para hacer frente a los gastos médicos de la enfermedad. **Confesional:** A fojas 711 compareció a absolver posiciones el representante legal de Euroamérica Seguros de Vida S.A., reconociendo la contratación de la Póliza N°261.344-6 denominada Todosalud Plus 50, y las condiciones de cobertura para la patología cáncer. También reconoce que la aseguradora gana la prima desde el momento en que los riesgos comienzan a correr por su cuenta y que es común que se cobren primas antes del inicio de las coberturas contratadas. También afirmó que la Superintendencia de Valores y Seguros es la entidad competente para la interpretación técnica de las leyes en materia de seguros y que la demandada acata las instrucciones de la Superintendencia. Por último, confiesa que no se han reembolsado los gastos médicos de la demandante y que el cáncer es una de las enfermedades cubiertas fuera del período de carencia.

Tercero: Por su parte, la demandada rindió las siguientes probanzas: **Documental:** consistente en: 1) Póliza de Seguro, Código POL3200131731, Plan Todosalud Plus 50, de fecha 29 de julio de 2014 (asegurados, condicionado particular) suscrita entre Ricardo Rodríguez Aguirre y Euroamerica; 2) Condiciones Generales Seguro de Salud Individual POL 320131731; 3) Cláusula Adicional Enfermedades Graves CAD 32013132; 4) Circular 2131 de 28 de noviembre de 2013 emanada de la SVS; 5) Declaración Familiar de Salud, N° Acuerdo 1000212, N°818753, 19 junio de 2014, y Propuesta de Seguro de Salud N° Acuerdo 1000212, N° Propuesta 818753, 19 junio de 2014; 6) Declaración de siniestros. Datos Asegurado: Rut 7.077.795-9. Nombre Rodríguez Aguirre Ricardo Eladio; 7) Comprobante de Declaración de Siniestro, fecha de recepción 28-11-2014, suscrito por Sandra Reveco; 8) Denuncia de Siniestro póliza N°2613446, suscrita por Sandra Reveco, de fecha 20-11-2014; 9) Copia Evaluación de Siniestro N°1153-00-2014, fecha denuncio: 20/11/2014; 10) Copia de Certificado emitido y suscrito por Dr. Alberto Pérez Castilla, respecto de la paciente Reveco Álvarez; 11) Copia del informe de Ecotomografía abdominal suscrito por la Dra. Alejandra Pizarro González, médico radiólogo, dirigido al Dr. Médico tratante, respecto de la



paciente Sandra Lorena Reveco Álvarez, de fecha 18 de agosto de 2014; 12) Copia de Solicitud de exámenes radiología, emanado y suscrito por el Dr. Alberto Pérez Castilla, respecto de la paciente Reveco Álvarez Sandra Lorena. 13) Copia de Informe RM abdomen suscrito por Dr. David Herquiñigo Reckmann, médico radiólogo, dirigido al Dr. Médico tratante Alberto Pérez Castilla, respecto de la paciente Sandra Lorena Reveco Álvarez, de fecha 8 de septiembre de 2014; 14) Copia de carta dirigida al Doctor Alberto Pérez C. enviada por Centro de Medicina Nuclear y Pet/CT, suscrito por la Dra. Eva Hernández Behm, médico nuclear de Fundación Arturo López Pérez (FALP); 15) Copia de Informe Biopsia hepática bajo TAC suscrito por Marcelo Castro Salas, médico radiólogo, dirigido al Dr. Marcelo Castro Salas, respecto de la paciente Sandra Lorena Reveco Álvarez, de fecha 14 de octubre de 2014; 16) Copia de Informe de biopsia N°146082. Paciente Sandra Lorena Reveco Álvarez de fecha 22 de octubre de 2014, suscrito por el Dr. Gonzalo Carrasco A. Anatómo-Patólogo Clínica Indisa; 17) Informe Confidencial Médico Tratante, nombre paciente Sandra Reveco Álvarez, de fecha 27 de noviembre de 2014, suscrito por Alberto Pérez Castilla; 18) Informe Confidencial Médico Tratante, nombre paciente Sandra Reveco Álvarez, de fecha 12 de noviembre de 2014, suscrito por Dr. Manuel Álvarez Z, Depto. Oncología Médica, Clínica Las Condes; 19) Comprobante Declaración de Siniestro, fecha de recepción 14-01-2015; 20) Copia de carta de fecha 10 de diciembre de 2014, suscrita por Rodrigo Ramírez Caviedes, Gerente de Operaciones Euroamerica Seguros de Vida S.A., dirigida a Sandra Reveco Álvarez; 21) Copia de carta de fecha 6 de enero de 2015, suscrita por Rodrigo Ramírez Caviedes, Gerente de Operaciones Euroamerica Seguros de Vida S.A., dirigida a Ricardo Rodríguez Aguirre; 22) Copia de reclamos WEB SVS, Solicitante Ricardo Rodríguez Aguirre, con certificado médico adjunto; 23) Copia de OF ORD: N°153 de SVS, suscrita por Juan Eduardo Reyes R. Coordinador Área de Protección al Inversionista y Asegurado; 24) Carta respuesta oficio N°153 de fecha 13 de enero de 2015 de Euroamerica Seguros de Vida S.A., suscrita por Rodrigo Ramírez Caviedes, Gerente de Operaciones Euroamerica Seguros de Vida S.A., dirigida a SVS. Exhibición de documentos: Clínica Indisa exhibe la ficha clínica -en custodia- de doña Sandra Reveco Álvarez junto con todos los antecedentes médicos, clínicos y exámenes que posee de esta última. Se deja constancia que si bien no compareció a la audiencia fijada al efecto, cumplió con la diligencia mediante la remisión de los antecedentes a través de Oficio.

Cuarto: La prueba rendida permite establecer los siguientes **hechos de la causa:** 1) El 29 de julio 2014 don Ricardo Eladio Rodríguez Aguirre suscribió



con Euroamérica Seguros de Vida S.A. un seguro complementario de salud bajo la Póliza depositada en la SVS código POL3200131731, Plan denominado Todosalud Plus 50, cuyas aseguradas eran Sandra Reveco Álvarez e Isidora Rodríguez Reveco. La vigencia de la póliza corría desde el 1 de julio 2014 hasta el 30 de junio 2015, y la cobertura se extendía sobre el 100% de los gastos no cubiertos por el plan de salud de las aseguradas con un tope de UF 15.000. El plan contenía una cláusula adicional de enfermedades graves, entre ellas, el cáncer, bajo la Póliza depositada en la SVS código CAD 320131732. Asimismo, se excluyó expresamente de cobertura el tratamiento médico y/o quirúrgico de obesidad. 2) Entre sus estipulaciones destaca un período de carencia de cobertura durante 60 días contados desde el 27 de junio 2014, fecha esta última en que el riesgo fue aprobado y aceptado por la aseguradora. 3) Con fecha 25 de julio 2014 doña Sandra Reveco acudió a Clínica Indisa para evaluar una cirugía bariátrica para tratar la obesidad, realizándose una serie de exámenes. 4) Entre los diversos exámenes destaca una ecotomografía abdominal el 18 de agosto 2014, cuya impresión diagnóstica fue: "Aumento de la ecogenicidad hepática, probablemente secundario a esteatosis. Área focal seudonodular del LD, que pudiese corresponder a un área respetada de esteatosis, sin embargo se sugiere evaluar dirigidamente con RM a fin de descartar una lesión focal." 5) El día 20 de agosto 2014 en la misma Clínica Indisa el Dr. Alberto Pérez Castilla emitió la solicitud de exámenes radiológicos para una resonancia de abdomen, bajo la siguiente observación diagnóstica: "lesión hepática". 6) La referida resonancia se realizó en Clínica Indisa el 8 de septiembre 2014, informando el médico radiólogo David Herquiñigo Reckmann como impresión diagnóstica una "lesión focal hepática inespecífica. Quiste renal izquierdo". 7) El 10 de octubre 2014 la paciente se realizó examen PET/CT en la Fundación Arturo López Pérez, cuya impresión diagnóstica fue "hipermetabolismo en extensa lesión compatible con origen neoplásico con compromiso adenopático retrocava e interaortocava. Podría corresponder a colangiocarcinoma intrahepático, se recomienda estudio histológico". 8) El mismo día 10 de octubre 2014 se realizó en Clínica Indisa una biopsia hepática a la paciente, informada el día 22 del mismo mes y año, consignando como diagnóstico "Biopsia hepática por punción con adenocarcinoma moderadamente diferenciado con intensa reacción desmoplásica, compatible de corresponder a Colangiocarcinoma". 9) Con fecha 20 de noviembre 2014 doña Sandra Reveco denunció el siniestro ante la aseguradora, solicitando reembolso de gastos médicos. 10) El 10 de diciembre 2014, la compañía aseguradora comunicó a la asegurada el informe de liquidación del siniestro.



denunciado, concluyendo que el estudio diagnóstico de la enfermedad ocurrió dentro del período de carencia, motivo por el cual no sería cubierto por la póliza contratada. 11) Mediante presentación de 6 de enero 2015, don Ricardo Rodríguez Aguirre presentó reclamo ante la SVS, por la negativa de cobertura, en contra de Euroamérica Seguros de Vida S.A. Luego de la tramitación de rigor, el órgano fiscalizador informó al reclamante con fecha 30 de septiembre 2015 que, pese a las observaciones efectuadas a la Compañía, la aseguradora insistió en su determinación de no otorgar cobertura.

Quinto: La situación fáctica asentada precedentemente se obtienen principalmente de la prueba documental, muy particularmente de las copias de la póliza y antecedentes médicos de doña Sandra Reveco Álvarez, junto con la denuncia del siniestro a la compañía y la liquidación del mismo, además del reclamo ante la SVS. Tal como se advierte, no existe controversia entre las partes sobre la existencia de un contrato de seguro complementario de salud y sus estipulaciones, como tampoco del siniestro denunciado, pues ambas partes así lo han señalado en la etapa de discusión y han acompañado los mismos instrumentos en tal sentido. Consistente con lo anterior es la exhibición documental de la ficha clínica remitida por Clínica Indisa y la prueba confesional, reconociendo la compañía demandada -en lo pertinente- la existencia de la póliza y las coberturas ofrecidas fuera del período de carencia.

Sexto: Sobre la base de los hechos establecidos en la causa, el primer punto a dilucidar es determinar si el siniestro ocurrió dentro del período de carencia pactado. Y para ello conviene acudir a la cláusula de carencia pactada bajo el N°4 de las condiciones particulares de la póliza, cuyo tenor es el siguiente: "La presente póliza contempla un período de carencia de cobertura de 60 días, a contar desde el 27 de junio de 2014, fecha en que el riesgo es aprobado y aceptado por Euroamérica, período de carencia que rige desde dicha fecha y no desde la vigencia de la póliza. Esto es, no estarán cubiertas las enfermedades que se originen, diagnostiquen o estén siendo sometidas a un estudio de diagnóstico durante los primeros 60 días del período de carencia."

En el caso que nos ocupa no cabe duda que el diagnóstico de la enfermedad ocurrió en el mes de octubre 2014, esto es, fuera del período de carencia. Sin embargo, la cláusula de carencia también abarca la hipótesis de enfermedades que *"estén siendo sometidas a un estudio de diagnóstico"*. Y es precisamente esta suposición la que está en discusión.



Al examinar la ficha clínica remitida por Clínica Indisa se pueden constatar una serie de atenciones ambulatorias a contar del día 25 de julio 2014 con el Doctor Alberto Pérez Castilla, para evaluar una operación bariátrica. Durante las diversas consultas que siguieron en el mes de agosto 2014 se observa la constatación de un diagnóstico de obesidad -entre otras- siendo derivada a especialistas en nutrición y psiquiatría. Sin embargo, entre los distintos exámenes realizados, destaca la ecotomografía abdominal del 18 de agosto 2014, cuya impresión diagnóstica fue: *"Aumento de la ecogenicidad hepática, probablemente secundario a esteatosis. Área focal seudonodular del LD, que pudiese corresponder a un área respetada de esteatosis, sin embargo se sugiere evaluar dirigidamente con RM a fin de descartar una lesión focal."*

La referida ecotomografía cuyo informe se lee a fojas 554 resulta determinante al momento de resolver la controversia, pues como consecuencia de ese examen el Dr. Alberto Pérez Castilla emitió con fecha 20 de agosto 2014 la solicitud de exámenes radiológicos para una resonancia de abdomen, bajo la siguiente observación diagnóstica: *"lesión hepática"*. Lo anterior lleva a concluir que, si bien las atenciones médicas comenzaron con el propósito de una operación bariátrica, el día 20 de agosto 2014 los exámenes radiológicos se reconducen hacia una finalidad completamente distinta, pues ese día marca el inicio del estudio diagnóstico de una lesión hepática. Tan así es, que fue precisamente el resultado de la resonancia de abdomen aquel que conlleva finalmente al diagnóstico en el mes de octubre del mismo año.

En mérito de lo expuesto y teniendo en consideración que el período de carencia se extendía hasta el 27 de agosto 2014, no queda sino constatar que el estudio diagnóstico de la enfermedad cuyo siniestro se denunció a la compañía de seguros se inició dentro del período de carencia. Por consiguiente, la negativa de cobertura del seguro complementario de salud se adecúa a lo pactado en la cláusula de carencia y no se configura un incumplimiento contractual de la demandada.

Séptimo: En lo referente a las demás alegaciones planteadas en la demanda, estas tampoco permiten configurar un incumplimiento del contrato.

El artículo 20 del Decreto Supremo N°1055 de 17 de agosto 2012 regula la liquidación directa o designación de liquidador registrado, y al no constar que la asegurada haya ejercido el derecho que le asiste para solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, no existe irregularidad.



alguna en el proceder de la compañía mediante la liquidación directa del siniestro.

Tampoco es posible entender que hubo una renuncia a la cláusula de carencia por haberse cobrado la prima durante ese período. Primero, porque la carencia se encuentra contemplada expresamente en la cláusula cuarta de las condiciones particulares de la póliza y resulta obligatoria para las partes conforme a la ley del contrato. Segundo, porque la aseguradora asumió los riesgos desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y la carencia se pactó para enfermedades bajo ciertas condiciones (al igual que otras reglas de exclusión). Y por último, la prima se fija en anualidades sin importar la forma de pago pactada. Por consiguiente, no se advierte infracción al artículo 527 del Código de Comercio, sin que la circunstancia de tratarse de un contrato de adhesión altere lo razonado.

Finalmente, cabe señalar que el pronunciamiento de la Superintendencia de Valores y Seguros en esta materia se circumscribe a la respuesta de un reclamo o consulta planteada al ente fiscalizador conforme lo dispuesto en el artículo 4 letra b) del Decreto Ley 3538 de 1980 no resulta vinculante.

Octavo: En mérito de lo razonado y al no haberse demostrado un incumplimiento contractual imputable de la Compañía de Seguros de Vida Euroamérica S.A., corresponde desestimar la demanda sin necesidad de examinar los demás requisitos del estatuto de responsabilidad contractual.

Noveno: Estimando que la demandante tuvo motivo plausible para litigar, se le eximirá de las costas.

Por estas consideraciones y visto además lo dispuesto en los artículos 1437, 1489, 1545, 1546, 1547, 1551, 1556, 1557, 1558, 1559, 1698 y siguientes del Código Civil, 144, 170, 254, 342 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 512 y 527 del Código de Comercio y Decreto Ley N°3538 de 1980, **se rechaza la demanda de fojas 1, sin costas.**

Regístrate, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol 7923-2016.

Pronunciada por Sebastián Pérez-Gazitúa Sánchez, Juez Titular.

Autoriza la Secretaria Subrogante señora Ana María Parada Arroyo.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. **Santiago, treinta y uno de Agosto de dos mil dieciocho**

SEBASTIAN RODRIGO PEREZ GAZITUA
SANCHEZ
Fecha: 31/08/2018 16:56:47

ANA MARIA PARADA ARROYO
Fecha: 31/08/2018 16:57:30

Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.
A contar del 12 de agosto de 2018, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horarioficial.cl>

