

Foja: 1

FOJA: 394 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 6º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-7409-2015
CARATULADO : CORREA / BANCHILE SEGUROS DE VIDA S.A.

Santiago, veintiocho de Abril de dos mil diecisiete

Vistos:

Que a fs. 1 comparece Gabriel Pablo Correa Searle, ingeniero comercial, en su calidad de heredero de Cristián Correa Searle, domiciliado para estos efectos en calle Catedral 1009, piso 15, comuna de Santiago e interpone demanda de cumplimiento de contrato de seguro de desgravamen con indemnización de perjuicios, en contra de Banchile Seguros de Vida S.A, sociedad del giro de su denominación, representada por Ruperto Enrique González Bolbarán, ignora profesión, ambos domiciliados en calle Miraflores 222 piso 21, comuna de Santiago.

Indica que con fecha 14 de octubre de 2013 falleció su hermano Cristián Correa Searle, quedando en calidad de heredero, conforme consta de la sentencia pronunciada por el 23º Juzgado Civil de Santiago, con fecha 20 de octubre de 2014.

Agrega que Cristián Correa Searle desde el año 2009 contrató con el Banco de Chile una serie de créditos que fueron documentados a través de pagarés los cuales se fueron prorrogando sucesivamente, a saber:

- a) Pagaré N° 36432 por la suma de \$45.000.000 suscrito con fecha 29 de diciembre de 2009 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 24 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$17.500.000.
- b) Pagaré N° 045934 por la suma de \$10.050.000 suscrito con fecha 23 de diciembre de 2010 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 06 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$10.050.000.
- c) Pagaré N° 849008 por la suma de \$90.343.381 suscrito con fecha 14 de mayo de 2010 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 07 de enero de 2011 siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$57.845.000.



Foja: 1

d) Pagaré N° 000106 por la suma de \$60.193.730 suscrito con fecha 14 de mayo de 2012 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 24 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$17.500.000.

Indica que a lo largo de todo el tiempo en que se mantuvieron vigentes dichos créditos, Cristián Correa Searle sirvió la deuda, pagando intereses en beneficio del Banco por una suma aproximada de \$1.600.000 mensuales.

Agrega que junto con la contratación de dichos créditos y habiendo sido una condición para el otorgamiento de ellos el Banco de Chile, a través de la Corredora de Seguros del mismo Banco, contrató con Banchile Seguros de Vida S.A sendos seguros de vida, todos los cuales tenían por objeto asegurar al acreedor el pago total de las sumas adeudadas en el caso de fallecimiento del asegurado. Dichos seguros quedaron regidos por las Condiciones Particulares de la póliza 0008 y por las Condiciones Generales para Seguros de Desgravamen que la Superintendencia de Valores y Seguros aprobara en el registro bajo el código POL 209082 y POL220130329.

Manifiesta que de la póliza referida se desprende que: a) El contratante de las pólizas y su beneficiario fue el Banco de Chile; b) el asegurado, la persona de Cristián Correa Searle; c) la intermediaria, Banchile Corredores de Seguros de Ltda.; d) la compañía aseguradora, Banchile Seguros de Vida y e) el capital asegurado el saldo insoluto de la deuda especificada en las condiciones particulares que en este caso puntual corresponde a los saldos insolutos que dan cuenta los pagarés ya individualizados.

El riesgo asumido por la aseguradora fue el fallecimiento del deudor de los créditos contratados y la indemnización a pagar correspondía al capital asegurado en virtud de las Condiciones Particulares.

Expresa que el interés asegurable en dichos seguros fue el de garantizar al Banco de Chile, desde el momento mismo de la contratación de los créditos, el pago efectivo de los saldos insolutos en el evento de producirse el riesgo, o sea, en el caso del fallecimiento de Cristián Correa Searle. Indica que cada vez que el Banco prorrogó los pagarés lo hizo considerando siempre que el interés asegurable se encontraba resguardado a través de los seguros de desgravamen contratados para garantizar los créditos desde el momento mismo en que estos fueron otorgados.

Añade que en efecto, fue en el artículo N° 2 del Seguro de Desgravamen Colectivo y en el artículo N° 06 de la póliza 0008 que las partes establecieron que la cobertura contratada por el Banco de Chile cubría el riesgo de muerte natural o accidental del asegurado-Cristián Correa Searle- y el saldo insoluto de los Créditos Comerciales contratados por el asegurado a la fecha de su fallecimiento, sin considerar intereses adeudados, ni mora.

A su vez en la póliza señalada se estableció que la vigencia de la cobertura comenzaba desde la fecha de otorgamiento del crédito para todas aquellas personas que no manifestaban condiciones



Foja: 1

adversas de salud y cumplieran con las condiciones de asegurabilidad ahí establecidas. Dichas condiciones quedaron establecidas en el N° 10 de la misma póliza y que para el caso de autos.

- a) Ser menor de 79 años.
- b) Presentar una declaración personal de salud detallada del asegurado para créditos entre 2.001 y 5.000 Unidades de Fomento.

Ambas condiciones de asegurabilidad fueron cumplidas, ya que Cristián Correa Searle tenía menos de 79 años y cuando contrató cada uno de los créditos que dan cuenta los pagarés ya individualizados, hizo la declaración de salud pertinente las cuales fueron aceptadas sin objeción, ni requerimiento alguno.

Agrega el Banco en todo momento mantuvo cubiertos o asegurados los créditos otorgados Cristián Correa Searle frente al riesgo de fallecimiento de éste. Si no hubiese sido de esa forma no hubiese contratado con Cristián Correa Searle, ya que para otorgar el crédito era condición necesaria la existencia del seguro.

Expone que luego del fallecimiento de Cristián Correa Searle fue informado por el Banco de Chile que el seguro había sido rechazado por el liquidador Ricardo Meneses, siendo la razón de dicho rechazo "Declaraciones del Asegurado con Omisión del Estado de Salud".

Agrega que con fecha 11 de diciembre de 2013, Banchile Seguros de Vida envió al Banco de Chile 4 cartas en donde se informaba que de acuerdo a los antecedentes la solicitud de seguro había sido rechazada debido a que no se cumplía con las condiciones de asegurabilidad requeridas por la compañía.

Como motivo del rechazo se señaló: "Declaración del Asegurado con Omisiones del Estado de Salud" y como observación: "Cáncer pulmonar diagnosticado en Octubre de 2012. No declarado".

Manifiesta que el asegurado Cristián Correa Searle fue diagnosticado en Octubre del año 2012 que tenía cáncer pulmonar. Para lo anterior se le informó que existía un tratamiento curativo de su enfermedad a través de quimioterapia, tratamiento que fue realizado responsablemente entre diciembre de 2012 y marzo de 2013.

Habiendo sido diagnosticado en octubre de 2012 y debiendo haber hecho el señor Correa las declaraciones antes de la contratación de cada uno de los créditos asegurados, esto es 26 de diciembre de 2009 para el pagaré N°36432; 23 de diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; 15 de marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y 14 de mayo de 2012 para el pagaré N° 106, todo a solicitud del Banco y la Aseguradora, sostiene que es inoponible la omisión alegada por la Compañía de Seguros como fundamento para rechazar el seguro.



Foja: 1

Siendo ello así la Compañía de Seguros Banchile Seguros de Vida debió en virtud de las pólizas contratadas, haber pagado al Banco de Chile el total de los saldos insoluto de capital adeudados a dicho Banco por Cristián Correa Searle al momento de su fallecimiento.

Sin perjuicio de lo anterior y de ser consideradas válidas las declaraciones tenidas a la vista por el liquidador, hace presente, que la contratación del seguro y por tanto el riesgo asumido fue libremente aceptado por la aseguradora en virtud de todos los documentos entregados al Banco de Chile y no objetados por aquella, no pudiendo por tanto negar la indemnización debida bajo el argumento de hechos respecto de los cuales siempre tuvo conocimiento.

Reitera el hecho de que conocida la enfermedad del asegurado, Cristián Correa Searle jamás oculto ésta al Banco de Chile.

Según se señaló anteriormente y conforme se estableció en las Condiciones Generales y Particulares de Seguro de Desgravamen Crédito Comercial, las personas naturales y jurídicas del contrato de seguro fueron:

- a) Contratante o Tomador: Banco de Chile
- b) Asegurador: Banchile Seguros de Vida S.A
- c) Intermediario: Banchile Corredores de Seguros Ltda.
- d) Asegurado: Cristián Correa Searle (Deudor del Banco de Chile)
- e) Beneficiario: Banco de Chile.

Manifiesta que es un hecho cierto que tanto el Contratante, el Asegurador, el Intermediario y el Beneficiario son personas relacionadas, pertenecen a un mismo Grupo Económico, y como tales pesa un deber especial en la ejecución y cumplimiento del contrato.

Indica que es ese deber especial el que los obliga a informar, orientar y dirigir al asegurado en el cumplimiento de sus deberes con un mayor celo, y asimismo los obliga a ejecutar el o los contratos de buena fe con miras a resguardar el interés asegurado, ya que, en caso contrario, se produce lo que ha ocurrido en este caso, durante la vida del asegurado, éste pagó los intereses del crédito y la prima del seguro de desgravamen; al morir el asegurado, el Banco demanda ejecutivamente a su sucesión y la Compañía de Seguros rechaza la cobertura.

Agrega que es de importancia establecer quiénes son las partes y sus intereses, lo que determina finalmente cuáles son las obligaciones y cargas recíprocas y equivalentes que cada una de ellas asume cuando asegurado, contratante y tomador son personas distintas.

Señala que la declaración del riesgo le interesa al tomador del seguro. En efecto, en caso que el asegurado sea una persona distinta a la del tomador, la declaración de salud debe ser



Foja: 1

presentada por el contratante según la información que solicite al asegurado en la etapa precontractual del contrato de seguro. Así, es el tomador es quien debe presentar la declaración al asegurador y el asegurado es quien hace la declaración al tomador, a su requerimiento.

Añade que la determinación del riesgo es de interés y carga de la compañía aseguradora y tiene por objeto definir si contrata o no con el tomador del seguro. En virtud de dichos intereses es que debe existir una colaboración mutua entre todas las partes del contrato para la determinación del riesgo y en definitiva la celebración del contrato. Así lo exige por lo demás el principio de la buena fe.

Manifiesta que este tipo de seguro es de vida ajena y como tal las exigencias que se le hacen al asegurado, quien es una persona distinta del contratante, son diferentes a las que se le hace cuando ambas recaen en una misma persona. Es el contratante quien debe cumplir con la mayoría de las obligaciones del contrato y no así el asegurado quien solo tiene dos responsabilidades:

- a). Hacer en la etapa precontractual la declaración de salud a requerimiento y supervisión del contratante, y
- b). Pagar la prima en la etapa contractual.

Expresa que la obligación que pesa sobre el asegurado en la etapa precontractual consiste en la Declaración Personal de Salud que debe hacer a requerimiento y supervisión del contratante. Además de ser una declaración precontractual para el asegurado es una condición para el otorgamiento del crédito por parte del Contratante del Seguro o Banco Acreedor, y un elemento que sirve de base a la aseguradora para determinar el riesgo y finalmente decidir la contratación con el tomador.

La declaración de salud en el contrato mismo es un requisito exigido por la Aseguradora para contratar, y por tanto efectuada dicha declaración y suscrito el contrato, el riesgo asumido en virtud de dicha declaración pasa a ser parte de las condiciones del contrato aceptadas por la Aseguradora.

Si bien es cierto que la declaración de salud se efectúa en virtud de lo señalado por el asegurado, son las partes calificadas del contrato-Banco y aseguradora-quienes tienen un especial deber en dicha declaración y por tanto un especial deber de dirigir la forma en que ésta debe efectuarse.

Así, si una declaración de salud adolece de omisiones, es deber de todas las partes del contrato velar para que estas sean complementadas, no pudiendo, en consecuencia, ninguna de estas eludir sus obligaciones contractuales, bajo el fundamento de existir vacíos en la declaración.

Afirma que el contrato de Seguro de Desgravamen es accesorio al Crédito que garantiza, que tiene por objeto caucionar el cumplimiento de otra obligación principal.



Foja: 1

Invoca el artículo 1442 del Código de Bello, indicando que esta definición no cabe sino concluir que el contrato de seguro de desgravamen, tomado por el Banco de Chile para asegurar el pago de los créditos contratados por Cristián Correa Searle, son contratos accesorios a los pagarés que dan cuenta de dichos créditos.

Agrega que los contratos accesorios nacen y se extinguén con la obligación principal. Estando vigente la obligación principal se mantiene vigente la obligación accesoria corriendo así la misma suerte que aquella. Ello supone, en este caso, que el perfeccionamiento del contrato de seguro fue al mismo tiempo que el contrato de crédito, manteniéndose vigente desde entonces y, por lo tanto, su vigencia debe entenderse desde la contratación del crédito y no desde la vigencia de la póliza, ya que, por motivos que le son inoponibles al Asegurado, el Contratante prorroga las pólizas colectivas que contrata.

Que en cuanto a las condiciones de contratación y época de la propuesta de salud afirma que el carácter accesorio del contrato de seguro es esencial para poder entender la forma y condiciones en que efectivamente se contrataron los seguros que garantizaban los créditos del señor Cristián Correa Searle.

Manifiesta que es un principio general del derecho que lo accesorio sigue la suerte de lo principal, y por tanto que los contratos accesorios siguen la suerte de los contratos a los cuales acceden. Conforme a ello si se extingue la obligación principal -en este caso los créditos- se extingue el seguro. Por lo mismo si se prorrogan los créditos, se prorrogan también los contratos de seguro contratados.

Debido a la característica de accesorio del contrato de seguro respecto de los créditos contratados, es que cada vez que fueron prorrogados los pagarés suscritos, necesariamente fueron prorrogados los seguros otorgados para garantizar el pago de ellos. Consecuencia de lo anterior es que el Banco de Chile contrató con la Compañía de Seguros Banchile S.A un solo seguro por cada uno de los pagarés que suscribió el señor Correa. Asimismo el riesgo determinado para cada uno de dichos seguros quedó fijado por las declaraciones de salud efectuadas inicialmente por el asegurado.

Cada uno de los seguros fueron contratados para asegurar el cumplimiento de los créditos tomados por Cristián Correa Searle, y como tales-contratos accesorios- fueron contratados junto con dichos créditos y prorrogados al mismo tiempo que ellos. Si hubo solo 4 pagarés que fueron prorrogados a lo largo de los años, necesariamente hubo solo 4 seguros que fueron siendo prorrogados junto con cada una de las obligaciones que garantizaban.

Al prorrogarse cada pagaré automáticamente se prorrogaban los seguros que los garantizaban. De igual forma que en el caso de extinguirse el pagaré se extinguía el seguro, en caso de prorrogarse el pagaré necesariamente se prorrogaba su seguro.



Foja: 1

Lo anterior se confirma con lo estipulado en el artículo 11 de la Póliza 209082 y artículo 12 de la Póliza 220130329.

Afirma que por lo anterior si la cobertura del Asegurado se terminaba al dejar de ser deudor del Acreedor, necesariamente se debe concluir, considerando la calidad de accesorio del contrato de seguro y aplicando a su vez el principio de analogía que la cobertura estaba vigente en tanto el Asegurado era deudor del Acreedor.

Sostiene que es absurdo afirmar o intentar argumentar que cada vez que se prorrogaba los pagarés se producía el término del contrato de seguro, generándose con dicha prórroga un contrato de seguro nuevo e independiente del anterior, en que era necesario realizar una nueva declaración de salud. Esa independencia es la que intentará defender la demandada con el objeto de hacer valer propuestas de salud suscritas con posterioridad a la vigencia de las coberturas y que son la base utilizada por el liquidador para rechazar el seguro contratado.

Alega que cada vez que los pagarés eran prorrogados, lo eran asimismo los mismos contratos de seguros ya contratados, para lo cual no debía hacerse una nueva declaración de salud.

Ello no puede ser de otra forma ya que para el otorgamiento de cada crédito era condición esencial la existencia del seguro de desgravamen. Si el Banco de Chile otorgó cada uno de los créditos señalados fue precisamente porque su filial, Banchile Corredores de Seguros, había intermediado un seguro de desgravamen con Banchile Seguros de Vida S.A, pasando dicho seguro a ser un contrato accesorio de cada uno de los créditos otorgados. A su vez si prorrogó dichos créditos fue porque dichas prórrogas producían el efecto de prorrogar también los seguros ya contratados.

El hecho jurídico cierto, la contratación de un solo seguro por cada uno de los pagarés suscritos, es fundamental para determinar que la declaración de salud esgrimida para rechazar la cobertura no tiene relación con el crédito contratado, siendo inoponible, considerando a su vez, que dicha declaración es precontractual. Lo anterior es sin perjuicio de que cualquier tipo de omisión en dichas declaraciones no es un fundamento válido para negar la indemnización debida una vez determinado el riesgo y por tanto contratado el seguro entre el Banco y la aseguradora.

Si al prorrogarse los pagarés fueron también prorrogados los seguros, no es válida la exigencia de una nueva declaración de salud de la persona del asegurado. Si el seguro se prorroga a



Foja: 1

prorrogarse el pagaré, el seguro sigue sujeto a las condiciones originales de contratación y por tanto a la declaración original de su estado de salud.

Indica que las únicas declaraciones de salud pertinentes para los efectos del seguro son las realizadas al momento de contratar cada uno de los créditos individualizados, esto es las efectuadas en diciembre de 2009, diciembre de 2010, y mayo de 2012 según ya se señaló, fechas todas en que Cristián Correa Searle gozaba de una buena salud.

Afirma que la declaración de salud es precontractual y por tanto es anterior a la contratación del crédito._

Conocido es que el contrato de seguro tiene una estructura que está constituida por tres elementos principales. El primero es la determinación del riesgo, elemento esencial del contrato; el segundo la contratación y el tercero la liquidación del siniestro.

Indica que es en el primer elemento, la determinación del riesgo, donde surge para las partes interesadas la obligación de colaborar entre sí para determinar dicho riesgo. Solo una vez que se ha determinado el riesgo, se pasará a la segunda etapa que es la de la contratación, encontrándose por tanto este primer elemento en una etapa precontractual. Determinado el riesgo y asumido éste por la Aseguradora, las partes contratarán.

Añade que la manera en que el contratante y/o asegurado participan en esta etapa precontractual con el objeto de la determinación del riesgo es a través de un elemento formal llamado Proposición o Propuestas que corresponde a las declaraciones de salud que debe realizar la persona portadora del riesgo, cuyo crédito queda asegurado por su fallecimiento, a fin que de que el contratante la presente a la aseguradora con el objeto que ésta evalúe si contrata o no con el Banco Acreedor.

Sostiene que si el contratante y asegurado son la misma persona, la obligación de declarar y presentar la declaración será lógicamente solo de ésta; por el contrario si son personas distintas, el asegurado deberá realizar la declaración pero será el contratante quien tendrá la obligación de obtener y completar dicha declaración para así presentarla a la compañía aseguradora. Este punto es importante para determinar la responsabilidad que le cabe al Contratante - Banco de Chile - en dicha declaración, mirando su interés asegurable y su vínculo con la Compañía Aseguradora. Ello es sin perjuicio de la obligación que pesa sobre la aseguradora y el Banco contratante de exigir completar cualquier omisión que pudiese existir en la declaración de salud para los efectos de evaluar el riesgo, ya que, de no exigirlo, se entiende que contratan en conocimiento de dichas omisiones y por tanto asumiendo el riesgo que ello significa, todo según se verá más adelante.



Foja: 1

Señala que siendo la Propuesta un elemento formal de la etapa precontractual, una vez efectuada la declaración queda por tanto plenamente cumplida la obligación que al declarante le incumbe en dicha etapa. Así en este tipo de contratos la proposición o propuesta que debe realizar el asegurado, a solicitud del contratante, para ser presentada a la Compañía de Seguro debe ser anterior al otorgamiento del crédito, ya que tiene por objeto que la compañía de seguros, luego del estudio de dicho documento, acepte o rechace el contrato (acepte o rechace el riesgo) y por tanto la empresa que da el crédito lo otorgue o rechace. Si no fuese así es porque el contratante tiene la certeza de que el seguro va a cubrir el crédito independiente de la declaración de salud efectuada por el asegurado.

Afirma que es a través de dicha declaración inicial que la Compañía Aseguradora acepta asegurar por todo el período de vigencia del crédito al asegurado en beneficio del acreedor contratante. Es esa declaración la que debe analizar y estudiar ya que le sirve de base a la Aseguradora para contratar. Una vez aprobada dicha declaración, nace a la vida jurídica el contrato de seguro el cual será accesorio al contrato principal del crédito contratado.

Asimismo y debiendo ser el contrato de seguro una condición para el otorgamiento del crédito, el Banco solo va a otorgar el mutuo al asegurado cuando tenga la certeza que la Aseguradora acepta garantizar el crédito que se pretende otorgar.

Ningún Banco otorga un crédito sin tener la certeza que dicho crédito se encuentra garantizado con un seguro de desgravamen.

Es por esa misma razón que el Banco contratante del seguro tiene un deber y participación especial en dicha declaración. Es evidente que el más interesado en dicha declaración es el Banco ya que de ella depende que el contrato se celebre.

En definitiva las propuestas que sirven de base para la contratación del crédito y su otorgamiento son efectuadas en una etapa precontractual y por tanto antes de la contratación de cualquier crédito, siendo inútil cualquier otra declaración o propuesta posterior.

Agrega que las únicas propuestas válidas que Cristián Correa efectuó para los efectos de la contratación de los créditos y seguros, fueron las realizadas en la etapa inicial de la contratación de los créditos. Reitera que los seguros son contratos accesorios a los créditos otorgados y por tanto el riesgo que ellos cubrían quedó necesariamente fijado al inicio de la contratación de los mismos.

En razón de dichas propuestas fue que el Banco de Chile contrató con la Compañía de Seguros y en virtud de dicho contrato fue que otorgó los créditos que dan cuenta los pagarés ya tantas veces individualizados. De esa manera y cumpliéndose con todas las solemnidades legales, fue que dicha compañía entregó la póliza general y particular y fijó la prima a pagar por el asegurado, asumiendo el riesgo asegurado en virtud de dichas



Foja: 1

declaraciones. Cualquier otra declaración efectuada con posterioridad a la etapa precontractual, no es procedente ni aplicable en este tipo de seguro.

En virtud de dicha declaración es que el asegurado tuvo siempre el convencimiento que los créditos contratados estaban debidamente asegurados. Si hubiese sido de otra manera tanto el Banco Acreedor como la Aseguradora debieron informar al asegurado cualquier tipo de inconveniente, de forma tal de que éste hubiese podido remediar cualquier anomalía o en su defecto contratar personalmente el seguro con otra compañía no relacionada con el Acreedor.

Una vez que en la etapa precontractual el tomador del seguro informa del riesgo a la Compañía, ésta lo va a determinar y evaluar. Determinado y evaluado el riesgo - posibilidad de fallecimiento de un adulto mayor según la declaración efectuada - tomará la resolución de asumirlo o no. Si lo asume y se cumplen las demás solemnidades para la celebración del contrato, el contrato queda perfeccionado, siendo obligación de la Compañía pagar la cobertura en caso de producirse el siniestro, cuestión que, hasta la fecha, la Compañía de Seguros Banchile no lo ha hecho, encontrándose pues en incumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Con la declaración del riesgo en la etapa inicial el asegurado ha cumplido con la obligación de informar conforme lo exigía el antiguo artículo 556 N° 1 del Código de Comercio, vigente a la fecha del fallecimiento del asegurado. Cualquier exigencia de declaración posterior va en contra del equilibrio natural que debe existir entre las partes interesadas en este tipo de seguros de vida de desgravamen.

Hecha dicha declaración es obligación de la aseguradora la determinación del riesgo tomando en cuenta la información ahí entregada la persona con quien se contrata (adulto mayor) y las características del contrato de seguro celebrado (contrato accesorio). Con la aceptación del riesgo la compañía asume las consecuencias que bien conoce.

Manifiesta que la naturaleza precontractual de la Propuesta de Salud con respecto al crédito que se quiere garantizar está confirmada por las propias cláusulas de la propuesta de salud. Ellas demuestran el hecho cierto de que la única propuesta válida para los efectos de la contratación del seguro de desgravamen por parte de Cristián Correa Searle corresponde a la inicialmente efectuada.

Reitera que la propuesta de seguro de desgravamen es un documento que suscribe el asegurado, a solicitud del contratante, para determinar la cobertura del seguro, el cual finalmente va a acceder al crédito durante todo el periodo de su vigencia. Ésta debe solicitarse antes de otorgarse el crédito que va a ser objeto del seguro. Es decir, como el otorgamiento del crédito es condicionado a la aceptación del seguro es indispensable la autorización previa de aquel. Primero es el seguro y luego el crédito, pasando a ser así el seguro condición previa del crédito y contrato accesorio de éste.



Foja: 1

Si ello no es así significa que la propuesta de salud y por tanto sus declaraciones no han sido determinantes para la contratación del seguro ni tampoco lo han sido para la determinación del riesgo. En definitiva si las propuestas de salud no son utilizadas por la Aseguradora para los fines que la ley las ha establecido, necesariamente se debe concluir que la celebración del contrato por parte de la Compañía de Seguro fue con prescindencia de las declaraciones de salud del asegurado, las cuales pasan a ser un simple formalismo que obliga al asegurado a pagar la prima.

Indica que en el título "Notas Comerciales" de la Propuesta de Seguro de Desgravamen Nota 1 se señala: "El crédito que usted está solicitando deberá contar con seguro de desgravamen con cargo al cliente, el cual se encuentra incorporado en el crédito del cliente. El cliente podrá optar por contratar este seguro en cualquier compañía de seguros con el corredor que estime conveniente".

Señala que dicha declaración no hace otra cosa que confirmar el hecho cierto de que al momento de estar aprobado el crédito el contrato de seguro ya está vigente. Siendo así, es indiscutible que el seguro de desgravamen se contrató solo una vez, esto es, antes de otorgarse cada uno de los créditos que dan cuenta los pagarés señalados y se fue prorrogando hasta la fecha del fallecimiento de don Cristián Correa. No es pertinente argumentar que el seguro de desgravamen se contrataba cada vez que se prorrogaban los pagarés, ya que de lo contrario hubiese significado que no existió una prórroga de los pagarés sino que la contratación de nuevos pagarés, lo que no es efectivo. A su vez pensar de ese modo implicaría que el crédito, al menos por un momento, quedó sin cobertura de seguro de desgravamen, lo que es improcedente e inaceptable para el Banco Acreedor.

Si se prorrogaron cada uno de los pagarés que dan cuenta los créditos contratados por Cristián Correa Searle, fue precisamente debido a que todos ellos se encontraban con un seguro de desgravamen vigente y respecto del cual ya se había realizado la declaración de salud.

Siendo el contrato de seguro accesorio al crédito contratado, la Compañía estaba en pleno conocimiento-así asume el riesgo-que dicho contrato podía ser prorrogado junto con la obligación principal.

Por lo demás debe tomarse en consideración que las prórrogas de cada uno de los documentos no fue un hecho aislado por el contrario el Banco venía prorrogando regularmente y por más de 4 años los pagarés, y asimismo, la compañía de seguro prorrogaba regularmente el seguro de desgravamen el mismo día de las prórrogas de los pagarés respecto de los cuales eran parte integrante.

Afirma que la declaración de la existencia de una enfermedad diagnosticada en un contrato de seguro de desgravamen, es exigible solo en la etapa inicial del seguro. Lo anterior también queda ratificado con lo estipulado en cada una de las pólizas que rigen el seguro contratado. Así, por ejemplo, en la póliza N° 0008 se señala que para las personas que no manifiesten

Foja: 1

condiciones adversas de salud y además cumplan con las condiciones de asegurabilidad establecidas, la cobertura entrará en vigor desde la fecha de otorgamiento del crédito. Si las pólizas entraron en vigor desde la fecha de otorgamiento del crédito, la única declaración de salud válida para determinar exclusiones o preexistencias son las efectuadas en la etapa inicial de la contratación de dichos créditos.

A mayor abundamiento es la misma póliza N° 0008 la que señala en su artículo N° 06 bajo el título de Preexistencia lo siguiente: "Esta póliza no cubre los siniestros que sean consecuencia de enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de otorgamiento del crédito" a contrario sensu, sí cubre las enfermedades posteriores, lo que es obviamente, el objeto del contrato de seguro de desgravamen.

Por lo anterior y habiendo el Banco otorgado los créditos el 26 de diciembre de 2009 para el pagaré N°36432; el 23 de diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; el 15 de marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y el 14 de mayo de 2012 para el pagaré N° 106, no puede existir omisión de salud ni menos preexistencia conforme lo señaló el liquidador. Con anterioridad a dichas fechas el señor Cristián Correa Searle gozaba de una buena salud y no había sido diagnosticada ninguna enfermedad que pusiere en peligro su vida, razón por la cual hizo su declaración de salud conforme a dichas condiciones.

Alega la Inoponibilidad e Ineficacia de las declaraciones de salud que se suscribieron con posteriores a la fecha de suscripción de los pagarés que dan cuenta los créditos asegurados.

Dicho lo anterior, y en consideración a las declaraciones de salud que el liquidador tuvo en cuenta para los efectos de rechazar la cobertura, es importante detenerse a analizar las fechas en que éstas fueron suscritas y las fechas en que lo fueron cada una de las prórrogas de los pagarés tantas veces señalados.

Manifiesta que dichas propuestas tienen la misma data que las últimas prórrogas. Siendo así y considerando que el Seguro es accesorio y las Propuestas Precontractuales, ellas nada tienen que ver con la contratación de los créditos existentes y por tanto nada tienen que ver con los pagarés aludidos. Cabe recordar que fue la propia Compañía de Seguros quien declaró que dichas propuestas eran para el análisis de un nuevo crédito v no del crédito o los créditos ya otorgados.

Indica que el pagaré N° 36432 fue prorrogado los días 29 de julio de 2010; 25 de enero de 2011; 22 de julio de 2011; 18 de enero de 2012; 25 de mayo de 2012; 21 de noviembre de 2012; 28 de mayo de 2013 y 28 de junio de 2013: Las mismas fechas fueron prorrogados los seguros de desgravamen y suscritas las propuestas aludidas por el liquidador.

Así el pagaré N° 045934 fue prorrogado los días 22 de junio de 2011; 19 de diciembre de 2011; 15 de junio de 2012; 12 de diciembre de 2012 y 10 de junio de 2013. Las mismas fechas fueron prorrogados los seguros de desgravamen y suscritas las propuestas aludidas por el liquidador.



Foja: 1

El Pagaré N° 849008 fue prorrogado los días 11 de septiembre de 2012; 18 de marzo de 2013 y 13 de agosto de 2013. Las mismas fechas fueron prorrogadas los seguros de desgravamen y suscritas las propuestas aludidas por el liquidador.

El Pagaré N° 0106 fue prorrogado los días 11 de septiembre de 2012; 13 de noviembre de 2012; 13 de febrero de 2013; 12 de abril de 2013 y 11 de julio de 2013. Las mismas fechas fueron prorrogados los seguros de desgravamen y suscritas las propuestas aludidas por el liquidador.

Manifiesta que si las declaraciones aludidas eran precontractuales y por tanto para créditos que se estaban solicitando y las prórrogas suscritas correspondían a créditos ya otorgados, no es posible sino concluir que dichas declaraciones de salud nada tienen que ver con los créditos que dan cuenta los pagarés garantizados con los contratos de seguro que por medio de la presente demanda se exige su cumplimiento.

Concluye que al ser la declaración de salud precontractual la Compañía Aseguradora ya había asumido la cobertura y el riesgo con prescindencia de cualquier otra declaración de salud posterior a la fecha de suscripción de los pagarés aludidos. Al ser el contrato de seguro accesorio a los créditos contratados, éste y sus prórrogas ya estaban vigentes al momento de suscribirse cada una de las declaraciones aludidas por el liquidador. En base a dichas conclusiones es que son totalmente inoponibles a los créditos contratados, las declaraciones de salud aludidas por el liquidador para los efectos de rechazar la cobertura.

Señala que al no tener relación alguna y por tanto al ser inoponible a los seguros contratados, es que las declaraciones de salud no debieron ser tomadas en consideración por el liquidador, quien a la luz de las declaraciones de salud efectuadas al momento de la contratación de los créditos, debió necesariamente liquidar el seguro y la Compañía de Seguros pagar la cobertura contratada por el Banco de Chile.

Expresa que las prórrogas del seguro se convinieron sin consideración a la solicitud o declaración esgrimida por el asegurador para denegar el seguro.

Afirma que la inoponibilidad de las declaraciones aludidas en el párrafo precedente se confirman en el hecho cierto de que al prorrogarse el seguro, la Compañía de Seguro lo hizo sin tomar en consideración la declaración de salud aludida. Si dichas declaraciones de salud fueron suscritas habiéndose ya prorrogado los pagarés o crédito asegurados, significa que los seguros y contratados se convinieron sin consideración a ellas, siendo por tanto inoponibles al Asegurado los argumentos expuestos por la Compañía. Si no hubiese sido de esa manera la Compañía Aseguradora habría exigido las declaraciones pertinentes con anterioridad a la prórroga de cada uno de los seguros y el Banco no hubiese prorrogado dichos pagarés sin antes haber tenido aprobado el seguro.



Foja: 1

Por otra parte de no haber prescindido de las declaraciones, era deber de la Compañía Aseguradora haber compelido al contratante o asegurado a completar dichas declaraciones a efecto de determinar el riesgo, cuestión que no hizo.

Reitera que las propuestas aludidas fueron firmadas por el señor Correa, junto con un set de documentos, ante el Banco de Chile, siendo por tanto dichas propuestas conocidas por el Banco, la Corredora de Seguros y la Compañía Aseguradora. Al haber sido conocidas en dicha oportunidad era obligación de dichas instituciones haber exigido cualquier complementación considerando el interés de cada una de ellas y considerando a su vez que al momento de suscribirlas el señor Correa se encontraba en un manifiesto deterioro físico como consecuencias del sometimiento responsable a tratamientos en contra de su enfermedad.

Indica que en virtud de dicha obligación que pesa sobre el asegurador y en concordancia con lo dispuesto en el artículo 16 letra f de la Ley de Protección del Consumidor no tienen valor alguno las omisiones esgrimidas por el liquidador para negar la cobertura debida.

Finalmente, y no obstante la inoponibilidad alegada, si la Compañía Aseguradora, en conocimiento de las declaraciones que afirma le sirven de base para denegar el seguro aceptó siempre el pago de la prima fue precisamente por que aceptaba al asegurado en las condiciones contratadas, verificándose así una forma espontánea de cumplimiento del contrato, lo que resulta relevante a la luz de lo dispuesto en el artículo 1564 inciso final del Código Civil.

Reitera que la determinación del riesgo es de carga de la compañía aseguradora. Si sobre la aseguradora pesaba su determinación, era ella quien debió negar la contratación a raíz de las omisiones de salud que hoy alega, o por el contrario haber solicitado completarlas si consideraba que con ellas no era posible determinar o asumir el riesgo.

Habiendo contratado la aseguradora sabiendo de las omisiones existentes en las declaraciones fundantes, no puede tampoco negarse a la indemnización debida bajo el argumento de que la declaración adolecía de omisiones, responsabilizando de esta forma a la persona del asegurado. La contratación que la aseguradora hace es voluntaria y autónoma a cualquier omisión del asegurado. Incluso es ajena a cualquier negativa que pudiese haber existido de parte del asegurado. Es resorte de la aseguradora informar al contratante su voluntad de no contratar fundada en la escasa o nula colaboración del asegurado. Conforme a ello si contrata a sabiendas de omisiones o incluso negativas es precisamente en razón de que ha asumido el riesgo en dichas condiciones.

En virtud de la libertad de contratación es resorte de la compañía aseguradora contratar el seguro sin la declaración de salud o con omisiones en ella. Si al momento de analizar la declaraciones de salud aludidas visualizó la existencia de omisiones sin señalar nada al respecto significa que contrato y asumió el riesgo con dicha omisiones de salud.



Foja: 1

Agrega que la aseguradora no puede negar la indemnización bajo el fundamento de que la declaración de salud adolecía de omisiones ya que fue ella misma quien no exigió completar dicha declaración antes de la contratación y por tanto antes de asumir el riesgo. Atenta contra el principio de los actos propios y por tanto el de buena fe negarse a dicha indemnización bajo el fundamento de una omisión que tuvo pleno conocimiento al momento de contratar.

Finalmente y no obstante todo lo anterior, tanto el liquidador como la demandada hicieron caso omiso a la cláusula de Indisputabilidad contemplada en el artículo 8 de la Póliza de Desgravamen Colectivo el cual señala que: "Transcurrido dos (2) años desde la iniciación del seguro el Asegurado no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiese sido dolosa. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento de capital asegurado, según corresponde".

Manifiesta que los seguros entraron en vigor el 26 de diciembre de 2009 para el pagaré N°36432; el 23 de diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; el 15 de marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y el 14 de mayo de 2012, razón por la cual es plenamente aplicable la presente cláusula, siendo este solo antecedentes suficiente para acoger la demanda y ordenar que la Compañía Aseguradora en cumplimiento del contrato pague al Banco de Chile los saldos insoluto de los créditos contratados.

Durante todos esos años se pagaron regularmente por parte del asegurado las primas del seguro sin que haya existido ningún reclamo por parte de la compañía Aseguradora.

Agrega que los pagarés fueron prorrogados por el Banco de Chile en virtud de que sus créditos estaban asegurados con los seguros contratados. Al igual como el Banco no hubiese otorgado los créditos contratados para el caso que la Compañía de Seguros hubiese rechazado la cobertura de los créditos que Cristián Correa Searle quería contratar, el Banco no hubiese prorrogado los pagarés si no hubiese tenido la total, completa y absoluta claridad de que dicho créditos estaban garantizados con los mismos seguros.

Es importante considerar el hecho de que la Compañía Aseguradora y el Banco de Chile son relacionadas. La importancia radica en que ha sido el Banco de Chile quien ha contratado tanto con el señor Cristián Correa Searle como con su relacionada y es en dicha condición que le incumbe una responsabilidad adicional frente a las condiciones de asegurabilidad.

Conforme se señaló toda y cada una de las prórrogas y documentos suscritos por el s Cristián Correa Searle con posterioridad a sus tratamientos de quimioterapia, fueron realizadas en las oficinas del Banco, evidenciando su hermano un deteriorado estado de salud. Conocida la enfermedad por el Banco no puede ser desconocida por la sociedad relacionada, más cuando ese estado de salud no llamó la atención del Banco en cuanto a la prórroga del crédito permanente por la existencia del seguro de desgravámenes.



Foja: 1

En ninguna de las prórrogas de los Pagarés que Cristián Correa Searle suscribió ante el Banco-institución relacionada con la Intermediaria del Seguro y la Aseguradora- ocultó su estado de salud. Cada vez que suscribió dichas prórrogas lo hizo de buena fe y el Banco no efectuó reserva de ninguna naturaleza.

Constituye una evidente señal de mala fe que conocida dicha situación por el Banco y siendo éste quien contrata con la Compañía de Seguro, de la cual es relacionada, se rechace la cobertura bajo el argumento de que en una declaración de salud-por lo demás inoponible a los créditos contratados - se habría omitido el estado de salud.

Manifiesta que el Banco de Chile es el contratante y por tanto el obligado de informar el estado de salud a la Aseguradora. Él es el beneficiario y por tanto el principal interesado en el pago del seguro. En dichas calidades es que debió haber advertido al asegurado de cualquier riesgo que se pudiese estar produciendo al momento de prorrogar los pagarés, cuestión que no hizo. Por su parte era obligación de la Aseguradora obtener los antecedentes necesarios para la determinación del riesgo.

Así está establecido en la letra h) de la Póliza General: "Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurado o a quien contrata en su favor, acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por él, que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura".

Si había omisiones en las supuestas declaraciones de salud, y dichas declaraciones eran condición para cubrir el riesgo, existiría una evidente mala fe del Banco y de la Aseguradora al haber hecho firmar la declaración al asegurado sin llenar o hacer llenar la declaración con los dichos del asegurado. Se agrava la mala fe tomando en consideración que es el Banco quien tiene relaciones corporativas con el intermediario y el asegurador, y se agrava aún más por el hecho de que la Aseguradora rechazara la cobertura por dichas supuestas omisiones.

De existir omisiones era obligación del Banco y de la Compañía Aseguradora completarlas en base a información obtenida del asegurado, no pudiendo ser estas eventuales omisiones causales de rechazo de la cobertura, más aún, y como ya se ha señalado reiteradamente, si el Banco Acreedor tiene vínculos directos con el Asegurador. La Compañía Aseguradora no se puede aprovechar de su propio dolo, negligencia o torpeza.

Si la Compañía Aseguradora sostiene que con cada prórroga de los créditos debían firmarse nuevas declaraciones de salud, debió en presencia del Asegurado completar las supuestas omisiones, conforme a las obligaciones que le impone este tipo de contratos en donde las cargas son equivalentes y recíprocas. Lo mismo debió realizar el Banco de Chile tomando en consideración el interés asegurable.



Foja: 1

Expresa que Cristián Correa Searle contrató cada uno de los créditos con la tranquilidad absoluta que de estos estaban asegurados. El otorgamiento de ellos estaba condicionado a la existencia de un seguro, razón por la cual al haber sido dichos créditos otorgados y posteriormente prorrogados fue con la total certeza de que ellos estaban garantizados. De no haberlo estado o de haber existido algún tipo de error u omisión, no habrían sido estos otorgados ni menos aún prorrogados posteriormente.

En las condiciones contratadas tanto el Banco como la Compañía Aseguradora han cobrado y percibidos los intereses del crédito y la prima del seguro con pleno conocimiento de los riesgos asumidos. No obstante ello, producido el siniestro y luego de percibir los beneficios económicos que la contratación del crédito significa, pretenden eludir el riego asumido y por tanto cumplir con el pago del seguro contratado, lo que atenta con el principio de buena fe imperante en este tipo de contratos.

El objeto de la contratación de un seguro de desgravamen es precisamente que la compañía de seguros cubra el crédito contratado en el caso que el asegurado sufra alguna enfermedad que le cause la muerte y que por lo tanto le impida pagar dicha deuda.

Si ese es el objeto, no es de justicia que sufriendo la persona la enfermedad que le causa la muerte la compañía rechace la cobertura esgrimiendo que las declaraciones del asegurado tenían omisiones del estado de salud, en circunstancias que ello no fue efectivo al momento de contratar dichos seguros. En la forma como se plantea la situación por la demandada, el seguro de desgravamen operaría sólo en caso de muerte súbita.

Habiendo Cristián Correa pagado el total de las primas del seguro contratado por el Banco de Chile con Banchile Seguro de Vida para garantizar el pago de sus créditos, y por tanto habiendo éste cumplido con sus obligaciones, Banchile Seguros de Vida S.A se encuentra en mora en el cumplimiento de su obligación de pago del saldo insoluto de los créditos contratados por don Cristián Correa Searle a la fecha de su fallecimiento.

Añade que conforme lo señala el artículo N° 06 de las Condiciones Particulares de la póliza 008 que hemos seguido a modo ejemplar: "Esta póliza cubre el riesgo de muerte o accidental de un asegurado, según lo señalado en el Artículo N° 1 de las Condiciones Generales".

Por su parte el Artículo 1° de las Condiciones Generales señala: "la indemnización correspondiente al capital asegurado de un Asegurado según lo indicado en la Condiciones Particulares de la póliza, será pagado por la Compañía Aseguradora al Beneficiario de esta póliza, inmediatamente después de haberse comprobado por ésta que el fallecimiento del Asegurado ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado, habiendo transcurrido el período de carencia definido en las Condiciones Particulares y que se produjo bajo algunas de las exclusiones señaladas en el artículo 5° de esta póliza".



Foja: 1

Siendo indiscutido el fallecimiento de Cristián Correa Searle el día 14 de octubre de 2013 y habiéndose cumplido los demás requisitos exigidos por la Póliza, es que la Aseguradora se encuentra en mora de cumplir con lo estipulado, debiendo el Tribunal en definitiva ordenar a ésta el cumplimiento de su obligación de indemnizar el siniestro y por tanto ordenar que ésta pague al Banco de Chile los saldos de deuda de los pagarés en autos individualizados, quedados al fallecimiento del asegurado.

Señala que la mora o el no cumplimiento oportuno por parte de Banchile Seguros de Vida de las obligaciones originadas en los contratos de seguros contratados con el Banco de Chile ha generado una serie de perjuicios a cuya reparación debe ser condenada la demandada, y cuya determinación respecto de su especie y monto me reservo para la etapa de ejecución del fallo.

Conforme a todo lo anterior, es que necesariamente se debe condenar a Banchile Seguros de Vida S.A al cumplimiento de su obligación contractual para con la empresa relacionada Banco de Chile, establecidas en las Pólizas de los Seguros de Desgravamen, consistente en cubrir los saldos insoluto de los pagarés ya individualizados, quedados al fallecimiento del asegurado Cristián Correa Searle, con indemnización de perjuicios por la mora y demás gastos en que se ha incurrido, con costas.

Indica que para que opere la responsabilidad contractual es necesario en primer lugar la existencia de un contrato válido de la cual derivan las obligaciones contractuales

Señala que las partes celebraron un contrato válido en donde Banchile Seguros de Vida S.A. se obligaba para con el Banco de Chile a pagar los saldos insoluto del Crédito Comercial contratado por Cristián Correa Searle en caso de fallecimiento y en donde el asegurado se obligaba a pagar la prima correspondiente.

Como segundo requisito agrega la Inejecución de la conducta debida o incumplimiento del contrato imputable al deudor.

Producido el fallecimiento de Cristián Correa, Banchile Seguros de Vida S.A debía cumplir con su obligación de cubrir los saldos insoluto de los créditos contratados por aquel, situación que no ha cumplido hasta la fecha no existiendo justificación para ello, por lo que se encuentra constituido en mora de cumplir.

Agrega como tercer requisito la existencia de mora de Banchile Seguros de Vida S.A en el cumplimiento de su obligación le ha producido un daño evidente consistente entre otros en verse enfrentado a una demanda de cobro ejecutivo entablada por el Banco de Chile en mi contra, en el 8º Juzgado Civil de Santiago, Rol 12.758-2014, por las sumas de dinero que deben ser cubiertas por la compañía aseguradora y las consecuencias que ello involucra y demás perjuicios cuya determinación se reserva para la etapa de cumplimiento del fallo.

Finalmente como último requisito de existencia de responsabilidad contractual agrega la Relació



Foja: 1
de causalidad.

Manifiesta que hay una clara relación entre el incumplimiento de su obligación de cubrir al Banco de Chile los saldos adeudados por Cristián Correa Searle al momento de su fallecimiento y los daños producidos, ya que de haberse cumplido oportunamente con el pago del seguro contratado, no estaría actualmente demandado por dicho Banco y no habría sufrido los demás perjuicios que se determinarán en la etapa procesal correspondiente.

Conforme a todo lo anterior es que se dan todos los presupuestos de responsabilidad contractual exigidos por la ley para que proceda tanto la indemnización de perjuicios como el cumplimiento del contrato en una obligación de hacer.

Invoca como fundamentos legales de su pretensión los artículos 1545, 1546, 1548, 1553, 1556, 1557, 1558 del Código Civil.

Termina pidiendo al Tribunal tener por interpuesta demanda ordinaria de cumplimiento de contrato de seguro de desgravamen en contra de Banchile Seguros de Vida S.A, ya individualizada, con el objeto que sea ésta condenada a:

1-. El cumplimiento de su obligación de pagar al Banco de Chile la cobertura contratada por el fallecimiento de Cristián Correa Searle según dan cuenta las Pólizas de Seguro de Desgravamen N° 0008, 220130329 y 209082 antes individualizadas, esto es, al pago del total de los saldos insoluto de capital de los créditos contratados por don Cristián Correa Searle con dicho Banco y que dan cuenta los pagarés individualizados en la presente demanda.

2-. Al pago de los perjuicios que el retardo o mora en cumplimiento de la obligación antes señalada se ha producido, reservando la determinación de su especie y monto para la etapa de ejecución del fallo o para un juicio diverso, de acuerdo con el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil y

3-. Al pago de las costas de la causa.

Que a fs. 49 la parte demandada contesta la acción dirigida en su contra, solicitando su rechazo, con costas.

Indica que con fecha 1 de diciembre de 2013 entró en vigencia la Ley 20.667 que Regula el Contrato de Seguros, la cual modificó íntegramente el Título VIII del Libro II del Código de Comercio. Por consiguiente, la nueva normativa es aplicable a todas aquellas relaciones contractuales que nacieron a la vida del derecho a partir de la referida fecha o bien a aquellas

Foja: 1

que habiendo nacido con anterioridad al 1 de diciembre de 2013, se han ido renovando con posterioridad a esa fecha.

Así las cosas, toda relación contractual cuyo origen es anterior a la entrada en vigencia de la Ley 20.667, se regula por las normas contenidas en el Código de Comercio sin las modificaciones introducidas por ésta, pues de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 de la Ley sobre Efecto Retroactivo de las Leyes.

De esta forma, y en razón de que los mutuos y sus consiguientes contratos de seguro de desgravamen objetos de esta controversia se celebraron con fecha 29/12/2009 (Nº36432), 23/12/2010 (Nº45934), 15/03/2012 (Nº849008) y 14/05/2012 (Nº106) y la muerte del asegurado ocurrió con fecha 14 de octubre de 20113, la normativa aplicable es aquella contenida en el Libro VIII del Código de Comercio con anterioridad a la modificación introducida por la Ley 20.667.

Sostiene que lo esencial en el contrato de seguro consiste en que el asegurado transfiere un riesgo a la compañía aseguradora, a cambio del pago de una prima, y ésta a su vez, se obliga a asumirlo y a indemnizar en caso que se verifique el siniestro. Los principios del Derecho Europeo del Contrato de Seguro (PDECS) han establecido en su artículo 1:201 (1) que “Contrato de Seguro significa un contrato en virtud del cual una parte, el asegurador, promete a otra parte, el tomador, una cobertura frente a un riesgo concreto, a cambio de una prima.

En el caso del seguro de desgravamen, que es el tipo de contrato de seguro cuyo incumplimiento se reclama en autos, el riesgo que se transfiere a la compañía aseguradora consiste en el pago del saldo insoluto de la deuda que el asegurado tiene con su acreedor, que es-en definitiva- el beneficiario del seguro, en caso de fallecimiento del deudor.

Señala que el contrato de seguro presenta las siguientes características:

- a) Es un contrato bilateral: pues las dos partes contraen obligaciones reciprocas. Las obligaciones que nacen pura y simplemente para los contratantes son; asumir el riesgo para el asegurador y pagar la prima para el asegurado. Junto con esta obligación, el asegurado se obliga a dar al asegurador una información cabal y de buena fe sobre las cosas o bienes que constituyen el objeto del seguro y los riesgos que transfiere.
- b) Es un contrato oneroso: porque tiene por objeto la utilidad de ambos contratantes gravándose cada uno en beneficio del otro. El asegurador se beneficia con la prima que recibe y el asegurado traspasa el riesgo y recibe una indemnización en caso que ocurra el siniestro.
- c) Es un contrato comunitativo porque lo que el asegurado se obliga a dar, esto es el pago de la prima, se mira como equivalente a lo que el asegurador debe hacer a su vez, consistente en asumir el riesgo.
- d) Es un contrato principal, ya que por regla general no depende de otros, pero puede ser accesorio ya que existen contratos de seguro que tienen por finalidad garantizar el cumplimiento de una obligación principal. En algunos casos se encuentra vinculado a un contrato de mutuo, como los seguros de desgravámenes, cuyo es el caso de autos. En efecto



Foja: 1

en el seguro de desgravamen es esencial la existencia de un crédito por el cual el deudor se obliga a pagar una deuda a su respectivo acreedor y la materia asegurada es la deuda insoluta al momento del fallecimiento del deudor.

e) Es un contrato solemne ya que de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 514 del Código de Comercio el seguro se perfecciona y prueba por escritura pública, privada u oficial, que es la autorizada por un corredor o por un cónsul chileno en su caso. El documento justificativo del seguro se llama póliza. En la práctica, la póliza se extiende por la compañía aseguradora y se la entrega al asegurado directamente o por medio de un corredor.

f) Es un contrato individual, sin embargo hay seguros que se contratan como seguros colectivos.

g) En la especie, el contrato de seguro es colectivo, ya que mediante una sola póliza contratada entre el banco y la compañía, se cubren contra los mismos riesgos, a un grupo determinado de personas. En efecto, el seguro de desgravamen fue contratado por el Banco de Chile con la compañía de seguros Banchile Seguros de Vida S.A. y los asegurados se van incorporando a la cobertura de la póliza mediante la correspondiente propuesta de seguro aceptada por la compañía.

h). Es un contrato que se rige por el principio de máxima buena fe.

Que respecto de los tipos de contrato de seguros, señala que admiten diferentes clasificaciones. En esta oportunidad interesa destacar la distinción entre contratos de seguros según si constan en pólizas individuales o pólizas colectivas lo cual depende del modo en que se haya materializado la contratación.

Los primeros son aquellos que celebra una persona de manera individual con una compañía de seguro para quedar cubierta de ciertos y determinados riesgos.

Por su parte los seguros colectivos, en cambio, son aquellos que cubren los riesgos de un grupo de personas y que para acceder al seguro, el asegurable presta su consentimiento de incorporarse a la póliza colectiva que ha sido contratada por un tomador con quien el asegurable mantiene un vínculo.

Agrega que en el caso de los seguros de desgravamen-como los objeto de esta litis-, por regla general éstos son ofrecidos en el mercado de manera colectiva y en forma simultánea al otorgamiento de un crédito, de modo tal que se caracterizan por ser accesarios al mismo. Su objetivo es garantizar el pago de la deuda frente a determinados eventos que pueden afectar al deudor y que comprometan su capacidad de pago, como por ejemplo, su muerte.

En términos prácticos, el Banco acreedor es el contratante o tomador del seguro y es quién celebra el contrato con la compañía, atendido que el banco tiene un real interés asegurable-interés en evitar el riesgo- en relación a la vida de sus deudores. Éstos últimos se van incorporando a la



Foja: 1

póliza colectiva del seguro de desgravamen para convenirse en asegurados, en la medida que el Banco aprueba el crédito y cumplen con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la póliza.

La incorporación de los deudores al contrato de seguro colectivo de desgravamen, se materializa a través de la suscripción de una propuesta y declaración personal de salud, lo cual debe ser aprobada por la compañía aseguradora.

Agrega que la forma de otorgar el consentimiento en un contrato de seguro, es de manera solemne, pues la ley exige que conste por escrito en un documento justificativo denominado póliza. Sin embargo, la suscripción de la póliza, es la última de las etapas que deben tener lugar para concluir con el contrato de seguro de modo que éste quede perfecto.

En el caso del contrato de seguro de vida-así como en el seguro de desgravamen- en que el riesgo consiste en la posibilidad de que un evento afecte la existencia misma del asegurado o en la posibilidad de que éste sufra lesiones corporales por una causa violenta externa o al deterioro de la salud, es menester considerar ciertas especificidades respecto de los demás contratos.

Agrega que el carácter solemne del contrato de seguro importa que la ley ha prescrito que para que nazca a la vida del derecho debe estar revestido de ciertas formalidades externas. De acuerdo al artículo 514 del Código de Comercio, el contrato de seguro se perfecciona por escritura pública, privada u oficial, que es autorizada por un corredor o por un cónsul chileno en su caso. Además de la suscripción de la póliza que es el documento justificativo del seguro forman parte del contrato la proposición o propuesta del seguro y la declaración personal de salud.

Añade que la propuesta de seguro: "corresponde al documento en que el eventual contratante expone con la mayor exactitud posible el riesgo que pretende asegurar con el fin de que la compañía aseguradora, después de realizar el estudio respectivo, decida acerca de su aceptación o rechazo del contrato. Después del estudio de este documento, la aseguradora le indica al tomador el monto de la prima que deberla pagar para pactar la cobertura que la misma ofrece al solicitante". En el caso de los seguros de vida y por cierto en los seguros de desgravamen, es parte integrante de la propuesta, la declaración personal de salud.

Que respecto de la declaración Personal de Salud señala que este documento es la manifestación escrita del asegurado en la propuesta o solicitud de seguro, donde expone su condición y estado de salud además de las enfermedades preexistentes. Sobre la base de esta información la compañía aseguradora puede tomar una decisión acerca de la aceptación o rechazo de asegurar a una determinada persona y definir el valor del riesgo que se le pretende transferir tarificando la prima. Tan trascendente es esta declaración de salud para la celebración del contrato de seguro, que la omisión de datos, falsa declaración, reticencias o con error por parte del asegurado, dan la opción al asegurador, para liberarse de las obligaciones del contrato de seguro rechazando el pago del siniestro.

Este documento, permite además que la persona que se pretende asegurar cumpla con obligación legal consistente en informar y exactamente sobre el estado del riesgo. En efecto, acuerdo al artículo 556 del Código de Comercio, vigente al momento de la celebración de



Foja: 1

contrato sub lite: "El asegurado está obligado: la A declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos".

Cabe destacar que la declaración personal de salud y la propuesta del seguro son parte integrante de la póliza de modo que sin este documento, no existe contrato de seguro.

Manifiesta que el contrato de seguro da origen a derechos y obligaciones para los contratantes que están regidas por el principio de Uberrima Bona Fides /Utlmost good faith, o máxima buena fe. Si bien en todos los contratos las partes deben cumplir sus obligaciones de buena fe de acuerdo al artículo 1546 del Código Civil, en el contrato de seguro este principio tiene aún mayor trascendencia. La uberrima bona fides, debe manifestarse durante todo el iter contractual entre el asegurado y el asegurador, lo que se traduce en que cada parte debe buscar la satisfacción de su propio interés así como el respeto por el de la otra parte.

Esto importa que la conducta de los contratantes no deba acotarse al mero cumplimiento de la prestación principal sino que es menester que se observen otros deberes, secundarios cuya fuente puede ser legal, contractual o el mismo principio de la buena fe.

De acuerdo al artículo 556 del Código de Comercio, vigente al momento de la contratación, el asegurado tiene las siguientes obligaciones:

- i) Identificar la cosa asegurada y la extensión de los riesgos.
- ii) Declarar la existencia de otros seguros
- iii) Declarar interés asegurable
- iv) Pagar la prima
- v) Cuidar el objeto asegurado
- vi) No agravar el riesgo
- vii) Denunciar el siniestro a la compañía.

Por su parte, de acuerdo al artículo 550 del mismo cuerpo normativo, el asegurador contrae principalmente la obligación de pagar al asegurado la suma pactada en caso que ocurra el siniestro.

Pero el asegurado contrae no sólo obligaciones en términos jurídicos sino también ciertas cargas cuyo cumplimiento es condición para que el asegurador cumpla con la obligación de indemnizar en caso que ocurra el siniestro.

Indica que existen ciertas cargas del asegurado, ya que emanan del seguro obligaciones y derechos para las partes, pero también en este contrato emanan muy especialmente ciertas cargas que son deberes de conducta impuestos en beneficio de quien debe soportadas.

En definitiva, la obligación de informar acerca del estado del riesgo que en los seguros de vida - desgravamen- se concretiza en prestar una declaración exacta y sin reticencia acerca del estado de salud del asegurado constituye una carga ya que el asegurador no tiene una acción



Foja: 1

para exigir su cumplimiento efectivo; la compañía no puede obligar al asegurado a que declare su estado de salud de manera exacta y sin reticencias. Tal declaración queda entregada a la buena fe del asegurado, pero la sanción por incumplimiento, consiste en que posteriormente en caso que se produzca el siniestro- el asegurado no podrá exigir el cumplimiento de la obligación de la compañía, es decir, pierde su derecho a obtener la indemnización pactada por no haber cumplido con la carga de informar.

Que en cuanto a las obligaciones pre contractuales, señala que en esta etapa, que se desarrolla en la fase de tratativas preliminares comprende el período en que las partes inician sus contactos con la finalidad de celebrar el contrato de seguro, hasta que se firma la póliza en el caso de una de carácter individual, o si se acepta la propuesta de seguro en el caso de los seguros colectivos. En esta etapa las principales cargas del asegurado son el deber de información exacta y el deber de veracidad.

Es fundamental en este período que las partes actúen de acuerdo al principio de máxima buena fe, sobre todo en lo que dice relación con el deber de información exacta, ya que ésta permite poner en conocimiento de la otra parte los elementos necesarios e indispensables para la formación del consentimiento contractual. Se ha entendido por la doctrina que el deber de información no es tanto una obligación como una carga del tomador de los seguros. Esto porque de no cumplir íntegramente y de buena fe con esta carga, el asegurado se arriesga a que -una vez producido el siniestro- la compañía aseguradora se niegue a indemnizar fundando el rechazo precisamente en no haber dado la información completa veraz y exacta para la evaluación del riesgo. Así, se puede señalar que en los contratos de seguros el contenido de la información consiste en la "comunicación de todas las circunstancias conocidas y relevantes que influyen en la apreciación del riesgo". Esta carga tiene consagración legal en el artículo 516 del Código de Comercio, el cual dispone en el Nº 9 que uno de los contenidos de la póliza es: "la enunciación de todas las circunstancias que puedan suministrar al asegurador un conocimiento exacto y completo de los riesgos y la de todas las demás estipulaciones que hicieren las partes".

Este precepto debe complementarse en el caso de los seguros de vida con el artículo 573 del mismo cuerpo legal que exige además, la expresión de edad, profesión y estado de salud de la persona cuya vida se asegura.

La finalidad que cumple esta carga de información exacta con sinceridad y sin error y de las circunstancias necesarias para una descripción cabal de la persona que se intenta asegurar persigue que la compañía aseguradora tome conocimiento de la extensión de los riesgos que ella puede sufrir y que por el contrato de seguro se van a trasladar desde el patrimonio del asegurado a la compañía de seguro.

De lo expuesto señala que son cargas del asegurado prestar declaración exacta y que no exista reticencia al momento de informar sobre la cosa o persona cuya vida se va a asegurar i Declaración exacta, la declaración de asegurable debe versar primeramente sobre la existencia de un interés asegurable, es decir, debe tener interés en la conservación del objeto asegurado (art. 518 del Código de Comercio), y segundo, que está obligado a declarar con la mayor exactitud.



Foja: 1

detalie el riesgo que quiere cubrir con el seguro, ya que el asegurador necesita conocer el riesgo para calcular la prima. Importa la debida correspondencia entre lo declarado y la realidad.

ii. Reticencia: supone que el asegurado ha entregado una información falsa respecto de los elementos y circunstancias que le permiten a la compañía evaluar correctamente el riesgo que se le transfiere. Importa una omisión o encubrimiento de un hecho o circunstancia.

Si el asegurado incurre en declaraciones inexactas y/o reticencias, la declaración deforma el riesgo lo cual induce al asegurador a formarse un juicio equivocado acerca de la extensión de los riesgos que por el contrato de seguro se le transfieren.

La sanción por incumplimiento al deber de informar tiene dos fuentes según se vea el deber como obligación o como carga:

- i) Incumplimiento de la obligación al deber de información exacta y veraz la sanción está establecida por el legislador según lo dispuesto por el artículo 557 N°1 del Código de Comercio; “El seguro se rescinde: 1º por la declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieran retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones”.
- ii) Incumplimiento de la carga de información exacta y veraz la sanción está establecida por la convención de las partes en las Condiciones Generales del seguro.

En la especie, el artículo 8º de la POL22013039 dispone: “Corresponde al asegurado o de quien contrate a su nombre declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar el estado de salud del asegurado y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines (...) Si el siniestro se ha producido, el Asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiere dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo a lo señalado en el inciso anterior.

En ambos casos, ya sea por nulidad o por eximente convencional de responsabilidad del asegurador, éste queda liberado de pagar la indemnización.

Alega como excepciones y defensas: i) incumplimiento por parte del asegurado de la carga de prestar una información exacta y veraz al momento de suscribir la Declaración Personal de Salud, ii) cada prórroga del pagaré convenida entre el acreedor y el deudor dio lugar a una nueva relación asegurativa entre el deudor y la compañía de seguros y iii) no aplica la cláusula de indisputabilidad.

Afirma que en estos autos se reclama el cumplimiento de 4 seguros de desgravamen, asociados a los siguientes pagarés suscritos entre don Cristian Correa Searle y el Banco de Chile:

- 1) Pagaré N°36432 de fecha 29 de diciembre de 2009 por la cantidad de \$45.000.000.-
- 2) Pagaré N°45934 de fecha 23 de diciembre de 2010 por la cantidad de \$10.050.000.-
- 3) Pagaré N°849008 de fecha 15 de marzo de 2012 por la cantidad de \$ 90.343.381.-



Foja: 1

4) Pagaré N°106 de fecha 14 de mayo de 2012 por la cantidad de \$ 60.193.730.-

Indica que al momento de la suscripción de los pagarés y como requisito para la contratación del crédito, el deudor suscribió la correspondiente propuesta de seguro de desgravamen y accidentes personales y/o cesantía e incapacidad temporal que contenía la declaración personal de salud.

En el caso de autos, la declaración personal de salud contenida en la propuesta de seguro de desgravamen asociadas a la operación de crédito solicitada por Cristian Correa Searle al Banco, podía ser de dos tipos, simple o completa, según las características del asegurado y el monto del crédito. La declaración de salud completa era exigida para el caso de asegurados mayores de 60 años con créditos desde UF 601, o los clientes menores de 60 años con créditos desde UF 2001.

Atendida la edad del deudor Cristian Correa Seade al momento de la solicitud del crédito y de la suscripción de la declaración personal de salud, él debía realizar la declaración personal de salud completa.

Sin embargo, cuando al asegurado se le requirió su declaración personal de salud al momento de la prórroga de los créditos suscritos con el Banco de Chile, no declaró conforme a la verdad de los hechos. En efecto, en cada oportunidad en que se prorrogó el crédito, el Banco procedió a realizar las gestiones tendientes para que el deudor se volviera a incorporar a la cobertura del seguro de desgravamen, exigiendo el cumplimiento de las mismas solemnidades que se exigen para el perfeccionamiento de cualquier contrato de seguro de la especie, y en especial la obtención de una nueva declaración personal de salud.

Pues bien, en el mes de octubre del año 2012 Cristian Correa Searle le diagnosticaron cáncer pulmonar. Desde esa fecha que el deudor y asegurado estaba en conocimiento de padecer una enfermedad grave y con posterioridad a esa fecha acordó con su acreedor prorrogar los pagarés que mantenía vigentes y en consecuencia, en cada prórroga el Banco realizó las gestiones para que la deuda cuyo plazo estaba ampliando quedara con cobertura del seguro de desgravamen por lo que se le exigió al deudor cumplir con todas y cada una de las obligaciones precontractuales propias la celebración de un nuevo contrato de seguro, entre las que se encuentra la declaración personal de salud.

La Declaración Personal de Salud es un documento determinante para que la compañía de seguros preste su consentimiento para la celebración del contrato de seguro.

Así las cosas, la única forma que tiene la compañía para determinar el riesgo que se le pretende transferir, es mediante la información que -de buena fe- le suministre el asegurado. Así las cosas se equivoca el demandante cuando señala en la demanda que la determinación del riesgo es de interés y carga de la compañía aseguradora. Lo señalado por el actor importa desconocer la lógica técnica y normativa que existe en el contrato de seguro, pues como se dijo, la única forma que tiene la compañía para conocer el riesgo que se le pretende transferir, mediante la información que le suministre el propio asegurado, de modo tal que si el asegurado tiene interés en celebrar el contrato de seguro, debe colaborar con la determinación del riesgo.



Foja: 1

En este punto es necesario aclarar que la declaración personal de salud, como su nombre lo indica, es de carácter personal y se refiere a información sensible del asegurado y en ese sentido ni el Banco, ni la compañía de seguros tienen el deber o la obligación de supervisar que el deudor asegurado realice la declaración conforme la verdad pues solo el declarante sabe lo que es efectivo.

En efecto, como se ha dicho, la obligación de declarar en forma exacta corresponde en forma exclusiva y excluyente al asegurado, pues él es quien conoce mejor su vida privada e intimidad, y no corresponde al Banco, ni a la compañía de seguros indagar en su vida personal, salvo requerir exámenes adicionales cuando de la misma información que el proponente entrega sea necesario para determinar el riesgo, evento en que a veces se piden exámenes médicos adicionales. En efecto, el proponente de un seguro de vida - sobre todo si es abogado como ocurre en la especie tiene un rol activo y preponderante en la contratación de seguros, porque a diferencia de lo que ocurre *en los seguros sobre bienes*, en este caso la información es personal, es de la vida de la persona, su intimidad y vida privada.

Es por lo anterior que el banco solo cumple con entregar el formulario que contiene la declaración personal de salud, pero la declaración es un acto personal del asegurado, pues se entiende que el asegurado hizo la declaración de buena fe. En este sentido no existe un deber especial de cargo ni del Banco, ni de la Compañía de seguros de dirigir la forma en que el asegurado debe prestar la declaración personal de salud, como lo afirma equivocadamente la contraria.

En este punto también se puede advertir que la demandante desconoce el contenido del deber de informar que tiene el asegurado al momento de suscribir la propuesta de seguro.

Esta afirmación es falsa pues "....la obligación del art. 556 Nro. 1 del Código de Comercio, que dispone que el asegurado está obligado a declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, es una carga que pesa sobre el asegurado, más que una obligación propiamente tal, alineada con lo dispuesto en el artículo 516 Nº9 del mismo código que establece entre las menciones de una póliza todas las circunstancias que puedan suministrar al asegurador un conocimiento exacto y completo de los riesgos que le han sido transferidos. La diferencia entre la obligación y la carga radica en la exigibilidad que tiene el asegurado, en este caso, para su cumplimiento. Obligación será aquella que si puede ser exigida por la compañía de seguros al asegurado y carga, la que no siendo exigible por el acreedor, su incumplimiento acarrea consecuencias negativas para el asegurado. El asegurador no tiene acción para exigir del asegurado que diga la verdad o que no la oculten»

Es del caso señalar que la información acerca del estado de salud es una exigencia que le corresponde cumplir únicamente al propio asegurable y que sólo en la medida en que los requisitos de asegurabilidad así lo establezcan, corresponde que la compañía exija la realización de exámenes médicos para conocer la extensión de los riesgos que por el contrato de seguro se le van a transferir, pero en este caso no fue así.

Es menester aclarar además que la omisión en la declaración personal de salud, es invocada por la compañía aseguradora porque el asegurado no declaró debiendo haberlo hecho. Lo que



Foja: 1

existe es una falta de declaración, no se invoca como causal de improcedencia del pago del seguro la circunstancia de que el formulario está incompleto. Lo que se invoca es que el asegurado firmó de puño y letra la declaración personal de salud sin prestar una declaración exacta pues con posterioridad al diagnóstico de cáncer pulmonar en el mes de octubre del año 2012, suscribió nuevos contratos de seguros de desgravamen para dar cobertura a los créditos que mantenía con el Banco y que habían sido prorrogados y no declaró padecer cáncer pulmonar, el más mortífero de todos.

Así las cosas, al haber efectuado Cristian Correa Searle una declaración inexacta acerca de su estado de salud, es decir de manera disconforme entre lo dicho y la realidad de los hechos, quedó demostrado que el asegurado incumplió con la carga de informar y la sanción que procede aplicar para el caso del incumplimiento de una carga, consiste en la pérdida del derecho a exigir la indemnización.

Añade que el demandante alega que por cada uno de los pagarés suscritos por el deudor Cristian Correa Searle, existiría un único contrato de seguro de desgravamen que sería el que principió con cada uno de los pagarés. Esta afirmación no tiene ni el mínimo asidero jurídico y en la realidad, ya que cada vez que se prorrogaron cada uno de los pagaré a plazo, se dio nacimiento a una nueva relación asegurativa lo que se demuestra con el hecho de que cada vez que existió prórroga del plazo para pagar la deuda, el Banco acreedor (tomador de la póliza) le entregó al deudor los documentos necesarios para que se incorporara al contrato de seguro y de este modo quedar cubierto del riesgo por el nuevo período dado por el Banco para pagar la deuda, y de su parte, el asegurado-abogado de profesión-cada vez firmó la pertinente Declaración Personal de Salud

En efecto, los pagarés suscritos por Cristian Correa Searle contenían una obligación de pago con vencimiento a la llegada de un determinado plazo. Una vez llegado el plazo, el Banco acordó con el deudor prorrogar el plazo lo que importan- en términos jurídicos- una verdadera modificación de la obligación; el aumento del plazo no la extingue sino la modifica.

Los pagarés fueron prorrogados de acuerdo a como se expone a continuación:

1). Pagaré N°36432 de fecha á de diciembre de 2009 por la cantidad de \$45.000.000.-

Vencimiento: 27 de julio de 2010.

Prórroga de pagaré: 29 de julio de 2010

Vencimiento: 25 de enero de 2011.

Prórroga de pagaré: 25 de enero de 2011

Vencimiento: 22 de julio de 2011

Prórroga de pagaré: 27 de julio de 2011

Vencimiento: 18 de enero de 2012

Prórroga de pagaré: 18 de enero de 2012



C-7409-2015

Foja: 1

Vencimiento: 25 de mayo de 2012

Prórroga de pagaré: 25 de mayo de 2012

Vencimiento: 21 de noviembre de 2012

Prórroga de pagaré 21 de noviembre de 2012

Vencimiento: 19 de febrero de 2013

Prórroga de pagaré: 28 de mayo de 2013

Vencimiento: 27 de junio de 2013

Prórroga de pagaré: 28 de junio de 2013

Vencimiento: 24 de diciembre de 2013.

2) Pagaré N°45934 de fecha 23 de diciembre de 2010 por la cantidad de \$10.050.000.-

Vencimiento: 21 de junio de 2011

Prórroga de pagaré: 22 de junio de 2011

Vencimiento: 19 de diciembre de 2011.

Prórroga de pagaré: 19 de diciembre de 2011

Vencimiento: 15 de junio de 2012

Prórroga de pagaré: 15 de junio de 2012

Vencimiento: 12 de diciembre de 2012

Prórroga de pagaré: 12 de diciembre de 2012

Vencimiento: 10 de junio de 2013

Prórroga de pagaré: 10 de junio de 2013

Vencimiento: 6 de diciembre de 2012

3). Pagaré N°849008 de fecha 15 de marzo de 2012 por la cantidad de \$ 90.343.381.-

Vencimiento: 11 de septiembre de 2012

Prórroga de Pagaré: 11 de septiembre de 2012

Vencimiento: 8 de marzo de 2013.

Prórroga de pagaré: 18 de marzo de 2013

Vencimiento: 8 de agosto de 2013



Foja: 1

Prórroga de pagaré: 13 de agosto de 2013

Vencimiento: 11 de noviembre de 2013

4) Pagaré N°106 de fecha 14 de mayo de 2012 por la cantidad de \$ 60.193.730.-

Vencimiento: 11 de septiembre de 2012

Prórroga de pagaré: 11 de septiembre de 2012

Vencimiento: 9 de noviembre de 2012.

Prórroga de pagaré: 13 de noviembre de 2012

Vencimiento: 11 de febrero de 2013

Prórroga de pagaré: 13 de febrero de 2013

Vencimiento: 12 de abril de 2013

Prórroga de pagaré: 12 de abril de 2013

Vencimiento: 11 de julio de 2013

Prórroga de pagaré: 11 de julio de 2013

Vencimiento: 7 de enero de 2014

Tal como lo señala cada uno de los documentos denominados "Hoja de Prolongación Prórroga de Pagaré", correspondiente a cada una de las prórrogas de los pagarés, la extensión del plazo para el pago de la deuda constituye una modificación de la obligación.

Afirma que jurídicamente, la modificación de una obligación-como lo es una prórroga del plazo para pagar la deuda-, convenida entre deudor y acreedor no puede perjudicar a terceros que no han intervenido mediante su consentimiento en la modificación. Estos terceros pueden estar relacionados de algún modo con la obligación que se modifica por la prórroga del plazo, ya sea porque la garantizan o porque han gravado bienes propios para la seguridad de una deuda ajena.

En la especie, la compañía de seguros es un tercero respecto de la obligación que emana del mutuo celebrado entre el Banco de Chile y Cristian Correa Searle y que consta en un pagaré, y por consiguiente el aumento del plazo convenida entre deudor y acreedor no puede perjudicar a su representada que ha aceptado asegurar el riesgo-muerte del deudor durante la vigencia del crédito -por un determinado plazo.

Así las cosas, si el Banco decide extender el plazo de la deuda, la compañía debe nuevamente evaluar si le entrega cobertura al riesgo por el nuevo periodo. En consecuencia, con cada prórroga del pagaré nació una nueva relación asegurativa entre el deudor y la compañía seguro, pues como se dijo la modificación de la obligación de pagar el crédito no puede afectar a terceros, sin que éstos consientan en la modificación



Foja: 1

Este principio está consagrado en el artículo 1649 del Código Civil que señala expresamente que la mera ampliación del plazo no constituye novación; pero pone fin a la responsabilidad de los fiadores y extingue las prendas e hipotecas constituidas sobre otros bienes del deudor; salvo que los fiadores o los dueños de las cosas empeñadas o hipotecadas accedan expresamente a la ampliación."

El precepto citado establece un principio de aplicación general y que dice relación con el efecto relativo de los contratos, ya que los terceros ajenos a la estipulación por la cual las partes prorrogaron el plazo en una obligación, no les afecta la ampliación, ya que los terceros habían consentido garantizar la obligación con las modalidades con las que fue convenida, y hasta cierto plazo y no otro mayor, ya que corren el riesgo de que mientras más pase el tiempo el deudor pueda caer en insolvencia. En el caso del contrato de seguros, la compañía acepta cubrir el riesgo por un determinado tiempo; y si las partes del contrato de mutuo deciden aumentar el plazo para el pago, entonces la compañía debe nuevamente evaluar el riesgo y sobre la base de esa información decidir si entrega cobertura para un nuevo período.

Si bien el contrato de seguro de desgravamen es un contrato accesorio al contrato de mutuo, no es posible sostener -como erradamente lo señala el demandante- que en la especie se aplique la máxima de que lo accesorio sigue la suerte de lo principal, ya que dicho aforismo está referido a la supervivencia de la obligación accesoria respecto de la principal en el sentido de que si se extingue la obligación principal, se extingue la accesoria.

Sin embargo, el crédito, que es la obligación principal, no se extingue por la prórroga del plazo sino que se modifica, y en cuanto modificación, no afecta a los terceros. De modo tal que si se pretende mantener a la deuda con cobertura de desgravamen por el nuevo periodo, la compañía de seguro debe consentir en asegurar el riesgo por ese nuevo período evaluando nuevamente si asume el riesgo sobre sí.

Afirma que no es efectivo que por el hecho de que el seguro de desgravamen sea un contrato accesorio a los créditos prorrogados, la prórroga de dichos créditos "producían el efecto de prorrogar también los seguros ya contratados", pues como se dijo, la prórroga o aumento del plazo para pagar el pagaré, no le empece a los terceros ajenos a aquella convención; el aumento del plazo es para pagar la deuda, no para asumir el riesgo en caso de que algún evento afecte la capacidad de cumplimiento del deudor. No se puede obligar a la compañía aseguradora que vuelva a dar cobertura por el nuevo período sin que antes se le suministre la información necesaria para determinar si asume o no el riesgo por el nuevo periodo.

En este orden de ideas, tal como lo reconoce el demandante, en la etapa precontractual se determina el riesgo que se va a transferir lo cual ocurre con las declaraciones que el asegurado realice acerca de su estado de salud. En los contratos de seguro los riesgos se asumen por un lapso de tiempo determinado, de modo que una vez vencida la vigencia del contrato de seguro se quiere continuar la cobertura, la compañía debe evaluar nuevamente el riesgo de tal forma que requerirá tantas declaraciones personales de salud como sean los aumentos de plazo de las obligaciones adeudadas.



Foja: 1

Así sucedió en la especie; cada vez que se prorrogó el plazo para pagar el crédito, el deudor tuvo que suscribir una nueva declaración de salud y era obligación del deudor consignar información fidedigna en cada una de las propuestas de seguro con declaración personal de salud que suscribió, lo que no ocurrió por consiguiente, es fundada la decisión de la compañía de no dar cobertura si durante el proceso de liquidación se constató que el deudor prestó una declaración inexacta.

Sostiene que el demandante incurre en un grave error jurídico al sostener que las propuestas de seguros suscritas por Cristian Correa Searle al momento de cada una de las prórrogas de los pagarés le serían inoponibles ya que importa un desconocimiento grave de los efectos propios de la inoponibilidad como sanción de ineficacia de los actos jurídicos.

La inoponibilidad es una sanción de ineficacia de un acto jurídico respecto de terceros por no haber sido partes en la convención, por lo que mal puede sostener el demandante que las declaraciones personales de salud le eran inoponibles al mismo suscriptor, pues jamás la inoponibilidad afecta a la parle sino a terceros.

De otro lado es un absurdo que el demandante alegue que la compañía debió velar para que las declaraciones personales de salud fueran "completadas", pues ¿cómo iba a saber la compañía que el asegurado no estaba declarando conforme a su real estado de salud? La compañía aceptó el riesgo porque entendió que el deudor exponía el verdadero estado de salud, de modo tal que no le era legítimo a la compañía desconfiar en que la declaración prestada no se ajustaba a la realidad.

Manifiesta que efectivamente en las condiciones generales del contrato de seguro de desgravamen contenidas en la ROL 2200130329 se establece en el artículo 8 que "transcurrido dos años de vigencia del crédito en el seguro. Quedan sin efecto las condiciones de Preexistencia establecidas. Mi también cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud". Esta cláusula de indisputabilidad que consiste en "después de transcurrido un tiempo de cobertura (en Chile dos años), no pueden perjudicar al asegurado las omisiones o reticencias que, sin mala fe, haya tenido al efectuar la declaración del seguro en base a la cual se ha emitido y formalizado la póliza-14, no puede operar en la especie porque el siniestro ocurrió un año después aproximadamente contados desde la prórroga del pagaré y la consiguiente nueva relación asegurativa para dar cobertura al crédito por el nuevo período. De esta forma no se cumplió con el plazo para que la póliza sea indisputable.

En el otrosí de su escrito de contestación de la demanda Fabiola Espinoza Gaete, abogado, en representación de Banchile Seguros de Vida S.A., ambos con domicilio para estos efectos en Av. Apoquindo 3885 piso 6, comuna de Las Condes, **deduce demanda reconvencional de nulidad de contrato** y para el caso que el Tribunal no rechace la demanda por incumplimiento de la carga de informar por parte del asegurado- en contra don Gabriel Pablo Correa Searle, ingeniero comercial, representada por su apoderado don Matías Prieto Alcalde, ambos con domicilio en calle Catedral N°1009 piso 15 de la comuna y ciudad de Santiago;

Expone que Cristian Correa Searle suscribió con el Banco de Chile los pagarés que singularizan a continuación:

- 1) Pagaré N°36432 de fecha 29 de diciembre de 2009 por la cantidad de \$45.000.000.-



Foja: 1

- 2) Pagaré N°45934 de fecha 23 de diciembre de 2010 por la cantidad de \$10.050.000.-
- 3) Pagaré N°849008 de fecha 15 de marzo de 2012 por la cantidad de \$ 90.343.381.-
- 4) Pagaré N°106 de fecha 14 de mayo de 2012 por la cantidad de \$ 60.193.730.-

Cada una de estas obligaciones asumidas por el deudor tuvieron cobertura al amparo del seguro de desgravamen contenido en las Condiciones Generales inscritas en el registro de pólizas del de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código P0L.220130329 y en las Condiciones Particulares del Seguro de Desgravamen Crédito Comercial Póliza N°0008. Este contrato de seguro colectivo fue suscrito entre el contratante Banco de Chile y la compañía aseguradora Banchile Seguros de Vida S.A. y para los efectos de incorporarse el deudor a la cobertura del seguro colectivo, Cristian Correa Searle suscribió las correspondientes solicitudes de seguros con las declaraciones personales de salud.

Pues bien, cada uno de estos pagarés fue prorrogado entre el deudor y el Banco de Chile, de modo tal que con cada prórroga, nació una nueva relación asegurativa entre el deudor y la compañía ya que siempre fue necesario evaluar la extensión del riesgo por el nuevo periodo por lo que con cada prórroga se suscribió una declaración personal de salud conforme los que se expone:

1). Pagaré N°36432 de fecha 29 de diciembre de 2009 por la cantidad de \$45.000.000.-

Vencimiento: 27 de julio de 2010.

Prórroga de pagaré: 29 de julio de 2010

Vencimiento: 25 de enero de 2011.

Prórroga de pagaré: 25 de enero de 2011

Vencimiento: 22 de julio de 2011

Prórroga de pagaré: 27 de julio de 2011

Vencimiento: 18 de enero de 2012

Prórroga de pagaré: 18 de enero de 2012

Vencimiento: 25 de mayo de 2012

Prórroga de pagaré: 25 de mayo de 2012

Vencimiento: 21 de noviembre de 2012

Prórroga de pagaré 21 de noviembre de 2012

Vencimiento: 19 de febrero de 2013

Prórroga de pagaré: 28 de mayo de 2013

Vencimiento: 27 de junio de 2013

Prórroga de pagaré: 28 de junio de 2013



C-7409-2015

Foja: 1

Vencimiento: 24 de diciembre de 2013.

2). Pagaré N°45934 de fecha 23 de diciembre de 2010 por la cantidad de \$10.050.000.-

Vencimiento: 21 de junio de 2011

Prórroga de pagaré: 22 de junio de 2011

Vencimiento: 19 de diciembre de 2011.

Prórroga de pagaré: 19 de diciembre de 2011

Vencimiento: 15 de junio de 2012

Prórroga de pagaré: 15 de junio de 2012 Vencimiento:
12 de diciembre de 2012

Prórroga de pagaré: 12 de diciembre de 2012

Vencimiento: 10 de junio de 2013

Prórroga de pagaré: 10 de junio de 2013

Vencimiento: 6 de diciembre de 2012

3). Pagaré N°849008 de fecha 15 de marzo de 2012 por
la cantidad de \$ 90.343.381.-

Vencimiento: 11 de septiembre de 2012

Prórroga de pagaré: 11 de septiembre de 2012

Vencimiento: 8 de marzo de 2013.

Prórroga de pagaré: 18 de marzo de 2013

Vencimiento: 8 de agosto de 2013

Prórroga de pagaré: 13 de agosto de 2013

Vencimiento: 11 de noviembre de 2013

4). Pagaré N°106 de fecha 14 de mayo de 2012 por la cantidad de \$ 60.193.730.-

Vencimiento: 11 de septiembre de 2012

Prórroga de pagaré: 11 de septiembre de 2012

Vencimiento: 9 de noviembre de 2012.

Prórroga de pagaré: 13 de noviembre de 2012

Vencimiento: 11 de febrero de 2013

Prórroga de pagaré: 13 de febrero de 2013



Foja: 1

Vencimiento: 12 de abril de 2013

Prórroga de pagaré: 12 de abril de 2013

Vencimiento: 11 de julio de 2013

Prórroga de pagaré: 11 de julio de 2013

Vencimiento: 7 de enero de 2014

Expone que Cristian Correa Searle fue diagnosticado de cáncer pulmonar en el mes de octubre del año 2012 y con posterioridad a esa fecha prorrogó cada uno de los pagarés suscribiendo la correspondiente declaración personal de salud para que los créditos quedaran con cobertura de desgravamen por el nuevo plazo y no declaró padecer de cáncer pulmonar.

Indica que con fecha 14 de octubre de 2013 Cristian Correa Seade falleció dejando testamento cerrado y como herederos testamentarios a Diego Correa Searle, María Antonieta Correa Searle, Juan Luis Correa Searle, Mariana Valdés Correa, Cecilia Rosa María Illanes Oliva, Arzobispado de Santiago, Congregación Religiosa de los Legionarios de Cristo, en las partes señaladas en el referido instrumento.

Con fecha 20 de octubre de 2014, el 23 ° Juzgado Civil de Santiago dictó resolución concediendo la posesión efectiva de la herencia testada a todos los herederos testamentarios ya individualizados.

Agrega que con fecha 13 de noviembre de 2014 se denunció el siniestro y la Compañía inició el proceso de liquidación para determinar la efectividad de ocurrencia del siniestro, si está amparado por la cobertura de la póliza y el monto a indemnizar. En el referido proceso se determinó que el asegurado había incumplido con la obligación de entregar una declaración exacta y sin reticencias acerca de su estado de salud ya que con posterioridad al diagnóstico de cáncer en el mes de octubre del año 2013, prorrogó los pagarés, suscribiendo nuevas declaraciones personales de salud y sin embargo no manifestó padecer enfermedad alguna.

Así las cosas, la compañía de seguros procedió a rechazar el pago del siniestro toda vez que se configuró una causal de eximente de responsabilidad y asimismo una causal para pedir la nulidad del contrato de seguro de desgravamen.

Invoca el artículo 557 del Código de Comercio, indicando que de lo expuesto por la norma se desprende que la rescisión del contrato es una sanción por el incumplimiento específico consistente en no proporcionar la información necesaria para apreciar el riesgo u otorgarla de manera inexacta. También se sanciona con la rescisión el incumplimiento de otro tipo de obligaciones que deben tener lugar en la etapa de ejecución del contrato. Por último se sanciona con la rescisión, la falta o extinción del riesgo, ya que éste último es un elemento esencial del contrato de seguro, sin el cual no existe. Cabe destacar que se emplea el concepto de rescisión para referirse a una sanción por incumplimiento y no por la existencia de vicios en el consentimiento, de lo cual puede concluir que el legislador ha querido significar que la sanción es dejar sin efecto el contrato o bien que, la declaración inexacta o con reticencia ha permitido que el asegurador contrate error, lo cual vicia su consentimiento y por consiguiente hace procedente la sanción de nulidad.

Foja: 1

Como se señaló, el artículo 557 N°1 sanciona las declaraciones falsas o inexactas. La aplicación de esta sanción tiene lugar cuando se constata que existe "una falta de correspondencia entre las circunstancias y lo declarado por el asegurado. Si el asegurador, constata disconformidad entre lo expuesto en la declaración y la información recogida por la compañía, está facultado para rescindir el contrato". En el caso del seguro de vida o de desgravamen como el de autos, la declaración reticente o inexacta del estado de salud es el fundamento de la delimitación del riesgo al inicio y durante toda la relación contractual.

Es necesario destacar que la rescisión del contrato se produce por un incumplimiento contractual, por lo cual se puede sostener que el legislador considera los referidos incumplimientos como "vicios" que hacen anulable el contrato y no resoluble, como es la regla general en sede contractual en que, por aplicación del artículo 1489 del Código Civil, el incumplimiento de las obligaciones de una de las partes da derecho a pedir la resolución del contrato más indemnización de perjuicios. Lo anterior se puede justificar porque la declaración inexacta, insuficiente o incompleta da lugar al vicio del consentimiento denominado error esencial en que incurre el asegurador. Y los vicios del consentimiento tienen como sanción la nulidad relativa del contrato.

Alega que al suscribir la propuesta de seguro con la Declaración Personal de Salud, el asegurado debió informar de manera clara y veraz los riesgos que pretendía traspasar al asegurador ya que éste no tiene cómo saber todas y cada una de las circunstancias que pueden influir en la apreciación del riesgo, de no ser por la información que al respecto proporciona el asegurado. Es precisamente por este motivo, que cobra tanta importancia la información otorgada con ubérrima bona fides, ya que lo que el asegurado no declare o declare inexactamente no podrá ser considerado por la aseguradora para determinar si asume o no el riesgo y el valor que tendría la prima en caso de ser aceptado.

Sostiene que Cristian Correa Searle no declaró conforme a su real estado de salud en la declaración de salud que suscribió cada vez que prorrogó los pagarés que mantenía con el Banco de Chile, con posterioridad al diagnóstico de cáncer pulmonar ya que omitió informar que padecía de dicha enfermedad.

En efecto, en la parte de la Propuesta de seguro suscrita por Cristian Correa Searle, en el ítem en que consta la Declaración Personal de Salud, no consignó padecer enfermedad alguna, en circunstancias de que en el mes de octubre del año 2013 se le diagnosticó cáncer pulmonar.

Cabe señalar que la información acerca del estado de salud es una exigencia que le corresponde cumplir al propio asegurable y que sólo en la medida en que los requisitos de asegurabilidad así lo establezcan, corresponde que la compañía exija la realización de exámenes médico para conocer la extensión de los riesgos que por el contrato de seguro se le van a transferir.

Alega la Nulidad del contrato de seguro contratado, manifestando que de lo expuesto concluye que resulta procedente exigir la rescisión del contrato de seguro, todo lo cual encuentra amparado por la legislación que regula esta materia. El artículo 556 N° 1 del Cód



Foja: 1

de Comercio, dispone: "El asegurado está obligado: N°1 a declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos". Por su parte, el artículo 557 del mismo cuerpo legal dispone: "El seguro se rescinde por: 1. Por las declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurados, pudieren retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones.

Es decir, de acuerdo a lo expuesto -en especial al numeral 1 del artículo 557 del Código de Comercio-, la declaración inexacta, reticencia o declaración falsa, como ocurre en la especie, da lugar al derecho de solicitar la rescisión del contrato.

Finalmente solicita tener por presentada la demanda reconvencional en contra de los demandantes ya individualizados, y por consiguiente declarar:

- a. Que se acoge la demanda de nulidad del Contrato de Seguro de Desgravamen y que se restituyan las partes al estado anterior al del contrato; debiendo mi representada restituir las primas efectivamente pagadas; y
- b. Que las demandadas reconvencionales deben pagar las costas de la causa.

Que a fs. 75 el demandante evaca la réplica y contesta la demanda reconvencional dirigida en su contra.

Manifiesta que es fundamental tener en cuenta al momento de analizar la presente demanda que el Banco de Chile contratante y tomador del seguro y la Compañía Aseguradora Banchile Seguros de Vida S.A pertenecen al mismo grupo económico, colocándolos a ambos en una situación especialísima con respecto a Cristián Correa Searle al momento de la contratación y ejecución del contrato.

Es esta especial consideración la que los obliga a celebrar y ejecutar el contrato con un mayor celo evitando que por medio de subterfugios se intente obtener resultados que no hubiesen sido posibles de lograr de no haber existido dicha relación o vínculo empresarial y de haber ejecutado el contrato de buena fe.

Es precisamente dicha relación la que permitió al Banco de Chile recibir cuantiosas sumas de dinero por los intereses que Cristián Correa Searle pagó por los distintos créditos contratados, conociendo y debiendo conocer el Banco de Chile las omisiones de la declaración de salud que él mismo entregó a su relacionada. A su vez fue dicha relación la que permitió a la Compañía Aseguradora recibir de Cristián Correa Searle el pago de las primas del seguro, sabiendo también de las omisiones involuntaria existentes en las declaraciones de salud que el Banco de Chile solicitó firmar al señor Correa y que serían en definitiva las que utilizaría en el futuro para negar la cobertura del seguro contratado.

Reitera que el Contratante -Banco de Chile- es quien tenía la obligación de obtener y completar cualquier tipo de declaración de salud que solicitase al asegurado para ser presentada a la



Foja: 1

compañía aseguradora, y no a cualquier compañía aseguradora sino que nada más ni nada menos que a la compañía de su mismo grupo empresarial. Tampoco se debe olvidar que es la Compañía de Seguros quien debe analizar el riesgo y en caso de no poder hacerlo por falta de antecedentes- y no falsedades- debe necesariamente instar para obtenerlo a fin de determinar su voluntad de asumirlo o rechazarlo.

Si otorgar el crédito al señor Correa estaba condicionado a la contratación del seguro con la demandada, no puede ser razonable que el Banco de Chile hubiese enviado la declaración de salud a la compañía con algún grado de duda que podía ser rechazada, más aún luego de haber prorrogado los créditos. Recordemos que las declaraciones de salud invocadas fueron suscritas por el señor Correa en las oficinas del Banco de Chile junto con un set de diferentes documentos que dichas instituciones solicitan firmar, evidenciando ya un deteriorado estado de salud.

Si la demandada asumió el riesgo fue en razón de que éste fue analizado antes de la contratación de cada uno de los créditos o pagarés asegurados y no de sus prórrogas. La aprobación del seguro es precontractual y antes de otorgarse el crédito al cual acceden. Ahora, si el Tribunal considerase que las propuestas de salud firmadas al momento de las prórrogas de los pagarés tuvieron relación con éstos, claramente dicha relación no lo fue para los efectos de evaluar el riesgo como lo señala Banchile Seguros de Vida S.A, ya que ello sería contradictorio con el carácter precontractual de ellas y de sus cláusulas.

Señala que en todo contrato debe primar el principio de la buena fe contractual. La buena fe debe existir antes, durante y después de la celebración de toda convención. Así por lo demás lo reconoce la contraria invocando el principio de máxima de buena fe.

Así existe por una parte la obligación para la Entidad Financiera de pagar la prima del seguro a la Compañía Aseguradora, que en definitiva es de cargo del asegurado, y por otra la obligación de la Compañía Aseguradora de cubrir los saldos insoluto a la Entidad Financiera en caso de fallecimiento del asegurado, liberando así de las deudas a los herederos.

Visto lo anterior, no cabe duda alguna que la buena fe que debe existir entre las partes tiene que estar dirigida al cumplimiento de los objetivos y funciones que determinan a este tipo de seguros y que en definitiva son:

- Evitar la pérdida de la Entidad Financiera, y
- Liberar a los herederos de la deuda que estos heredarán.

En razón de ello es que tanto la Entidad Financiera-Banco de Chile como quien pregonan las funciones del contrato mencionadas- Banchile Seguros de Vida S.A -deben cumplir el contrato de buena fe velando por la satisfacción de sus fines.



Foja: 1

Escapa a dicha buena fe el que Banchile Seguros de Vida S.A. se haya negado a cubrir el riesgo asegurado, bajo el fundamento de que se había omitido el estado de salud del asegurado en las declaraciones suscritas con posterioridad a la contratación de los seguros, desconociendo así:

- el deber y obligación que tiene de evaluar precontractualmente el riesgo y tomar todas las medidas necesarias para su correcta evaluación;
- la forma y condiciones en que aceptó celebrar el contrato y por tanto cubrir el riesgo asegurado;
- el deber de diligencia que debe utilizar en la celebración de todo contrato; - la obligación del adecuado estudio de la proposición de salud;
- el justo equilibrio que debe existir entre las partes del contrato.

Negar lo anterior deja en evidencia la mala fe con que ha actuado la Compañía de Seguros.

Afirma que si Cristián Correa Searle estuvo dispuesto a pagar una prima a la Compañía Aseguradora desde el momento en que contrató cada uno de sus créditos -años 2009, 2010 y 2012 -y durante todo el tiempo en que estuvieron estos vigentes, fue con el objeto de que si por algún motivo se enfermaba y fallecía dichos créditos fuesen efectivamente cubiertos por la Compañía Aseguradora, para así- como lo declara Banchile Seguros de Vida S.A- liberar a sus herederos de sus deudas. Ello obviamente no ocurrió, no el señor Correa Searle haya engañado al Banco de Chile o su relacionada-ya que éste siempre suscribió las prórrogas en las dependencias del Banco de Chile y jamás mintió respecto de su estado de salud -sino porque después de ocurrido el siniestro y por tanto su fallecimiento la Compañía Aseguradora le avisó a sus herederos que existían omisiones en las declaraciones de salud, que como señalamos nada tienen que ver con los créditos ya contratados y cuyo contenido fue aceptado sin reparo por la Aseguradora.

Señala que como tercer punto que debe tenerse en consideración, siendo de vital importancia, es la forma y oportunidad en que el riesgo es determinado en este tipo de contrato, ya que en definitiva es lo que le definirá la contratación y el grado de importancia que la Aseguradora dio a la información recibida.

Manifiesta que la declaración del riesgo le interesa al tomador del seguro y su determinación es de interés y carga de la Compañía Aseguradora. Por otra parte la declaración como la determinación se hace en base a la declaración de salud que efectúa el asegurado a requerimiento de la Aseguradora y en este caso también del Tomador. Dado lo anterior y fundado a su vez en el principio de buena fe antes señalado, es que en este proceso debe existir una mutua colaboración entre todas las partes que intervienen en el contrato de seguro.

Fundada en dicha mutua colaboración es que no puede la Compañía Aseguradora rechazar la cobertura argumentando la existencia de omisiones conocidas por ellos desde el mismo momento de su supuesto estudio y evaluación, si nada dijo o hizo al respecto, desconociendo sus obligaciones frente a la evaluación.



Foja: 1

Asimismo es que no puede imputarse como un deber exclusivo del asegurado la manera y forma como debe efectuarse dicha declaración. Según lo dicho por la misma contraria es en base a dicha declaración de salud que la Compañía Aseguradora va a evaluar el riesgo y por tanto decidir si contrata o no. Así y siendo la declaración de salud de vital importancia para la Compañía Aseguradora, al igual que lo es para el tomador y beneficiario-de ella depende su cobertura -es que debe existir dicha mutua colaboración. Más aun cuando la persona asegurada es distinta al tomador, contratante y beneficiario, y cuando el tomador, beneficiario y asegurador forman parte un solo grupo económico.

Llama la atención que la contraria intente hacer creer a este tribunal que al haber evaluado las declaraciones invocadas para negar la cobertura, y por tanto observado que éstas no estaban completas, no haya tenido más opciones que aceptar la contratación con su relacionada. Llama aún más la atención que para justificar lo anterior haga una extensa exposición entre las diferencias existentes entre obligaciones y cargas para así concluir que al ser supuestamente la declaración de salud una carga del asegurado no tenía ninguna acción para compelir al asegurado a completar dicha declaración.

El asegurado no hizo una declaración falsa de su estado de salud, ni menos aún mintió o pretendió engañar a la Aseguradora. Él simplemente suscribió en blanco un set de documentos que el Banco de Chile le solicitó firmar al momento de suscribir las prórrogas de sus créditos, quedando así incompletas dichas declaraciones.

Nada más conveniente para Banchile Seguro de Vida S.A que recibir las declaraciones de salud incompletas y en base a ellas señalar que contrató. Ello le asegura, acogiendo sus pretensiones hacer su negocio y por tanto recibir el pago de las primas y a su vez evitar pagar las coberturas al momento de producirse el siniestro.

Al parecer también se le olvida la relación que tiene con el Banco de Chile, y el papel que este juega en la declaración de salud.

Que en cuanto a las características del Contrato de Seguro de Desgravamen, indica que el riesgo que asume la Compañía Aseguradora es precisamente el pago de los saldos insolutos de la deuda del asegurado. Si bien el contrato de seguro es un contrato principal en el caso del seguro de desgravamen es accesorio. El seguro materia de autos fue contratado por el Banco de Chile con Banchile Seguros de Vida S.A, ambas empresas relacionadas. Agrega que la declaración de salud es precontractual y es condición para el otorgamiento del crédito el que previamente sea cubierto por la Compañía Aseguradora. La propuesta y declaración de salud debe ser aprobada por la Compañía Aseguradora y el contrato de seguro se rige por el principio de buena fe. Todo quien tenga interés en la celebración del contrato de seguro debe colaborar con la determinación de riesgo.



Foja: 1

Que respecto de las excepciones y defensas de la contraria, en particular respecto del incumplimiento del deber de prestar una declaración exacta y sin reticencias acerca del estado del riesgo estado de salud del asegurado.

Afirma que las únicas declaraciones válidas y atingentes al contrato de seguro celebrado entre el Banco de Chile y Banchile Seguros de Vida S.A fueron las efectuadas en diciembre de 2009 para el pagaré N° 36432, diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y mayo de 2012 para el pagaré N° 106, no existiendo por tanto el incumplimiento alegado por la demandada.

Las declaraciones a que alude la contraria para fundar su incumplimiento no tienen relación alguna con el contrato de seguro de desgravamen vigente a la fecha de la prórroga de cada uno de los pagarés suscritos por el señor Cristián Correa Searle.

Prueba de ello es que la fecha en que éstas fueron firmadas, son las mismas en que se suscribieron las prórrogas aludidas, y por tanto lo fueron una vez aprobadas las prórrogas. Recordemos que el Banco de Chile no hubiese otorgado ninguna prórroga si no hubiese estado dicho crédito asegurado previamente por la Compañía de Seguro. La finalidad de las declaraciones de salud era para créditos que se estaban solicitando, no prorrogando.

Refutar lo anterior significa, como señalamos en su oportunidad, desconocer lo indicado bajo el título "Notas Comerciales" de cada una de las Propuestas de Seguro de Desgravamen Nota 1 aludidas: "El crédito que usted está solicitando deberá contar con seguro de desgravamen con cargo al cliente, el cual se encuentra incorporado en el crédito del cliente. El cliente podrá optar por contratar este seguro en cualquier compañía de seguros con el corredor que estime conveniente".

Dicho lo anterior creo también importante analizar si las declaraciones invocadas eran determinantes, importantes y relevantes para la evaluación, de haber sido ellas válidas conforme a la teoría de la contraria.

Como lo sostiene la propia demandada, si la declaración Personal de Salud es un documento determinante para que la compañía de seguros preste su consentimiento para la celebración del contrato de seguro; y si "la única forma que tiene la compañía para determinar el riesgo que se le pretende transferir, es mediante la información que - de buena fe- le suministre el asegurado, no se entiende por qué razón al evaluar el riesgo no solicitó al asegurado, a través de su relacionada el Banco de Chile, que se completase su declaración.

No se hizo no por carecer de acciones para ello como lo sostiene el demandado, sino simplemente porque dichas declaraciones no se tuvieron en consideración para evaluar el riesgo ni menos para contratar (ya se había evaluado y contratado). Si así hubiese sido existiría evidente desidia o negligencia de la aseguradora en la evaluación del riesgo que no puede ser

Foja: 1

traspasada al asegurado. Si la determinación del riesgo no es de interés y carga de la aseguradora -así lo sostiene la demandada en su demanda - ¿por qué razón Banchile Seguros de Vida S.A necesita la declaración para evaluar el riesgo? El interés de estudiar y evaluar la declaración es entonces de un tercero y no de la Compañía Aseguradora a quien le es indiferente. Por cierto que no. Obviamente es de interés del Asegurador determinar el riesgo y en virtud de éste ver si contrata o no. Si no le es posible determinar el riesgo en las declaraciones que recibe, por estar ellas incompletas, es un mínimo deber de la Compañía solicitar su complemento, ya que de lo contrario y en caso de aceptar la cobertura no puede posteriormente alegar incumplimiento del deber de declaración. Al aceptar la cobertura se entiende que acepta la declaración tal como la recibió y por tanto el riesgo asumido en base a ella. El asegurador es quien tiene la última palabra y por tanto la decisión de contratar o no con el tomador. Si lo hace en base a la información incompleta es porque ella es irrelevante para asumir el riesgo y por tanto acepta la celebración y ejecución del contrato en dichas condiciones. Así por lo demás lo reconoce el artículo 1564 inciso final del Código Civil.

Concuerda con el demandado en el hecho de que todo quien tenga interés en la celebración del contrato de seguro debe colaborar con la determinación del riesgo. Es por lo demás lo que sostiene la doctrina citada en nuestra demanda y que obliga tanto a la Compañía Aseguradora como al Contratante o Beneficiario a requerir específicamente del asegurado la información necesaria para aceptar la cobertura, lo que evidentemente no ocurrió en el caso de autos respecto de las declaraciones antes aludidas.

No solo basta solicitar firmar, junto con otros documentos, las declaraciones de salud, sino que también debe requerirse cualquier complementación que pudiese ser necesaria para evitar poner en riesgo la ejecución de la cobertura. En las declaraciones aludidas no se ocultó información ni tampoco se faltó a la verdad. Dicha situación no pudo ser inadvertida por el Asegurador y era fácil de corregir. Si no se dijo, es por negligencia de la demandada, lo que no puede traspasarse a los herederos de Cristián Correa.

Que en cuanto a la existencia de una nueva relación asegurativa con cada prórroga del pagaré o Inexistencia de un solo seguro por cada uno de los pagarés suscrito.

En este punto el demandado olvida nuevamente que él no es un tercero en la relación existente. Por el riesgo asegurado recibió el pago de una prima del asegurado y a su vez el beneficiario, el Banco de Chile, es parte de su mismo grupo económico.

Siendo ello así y reiterando la calidad de accesorio que tiene el seguro de desgravamen es que no es válido el argumento utilizado por Banchile Seguros de Vida S.A en este punto.

A su vez su teoría no es aplicable al caso de autos por las siguientes razones:

- a) Si el contrato de seguro de desgravamen es accesorio al crédito otorgado por el Banco contratante sabe desde un principio que dicho seguro va subsistir durante toda la vida de éste



Foja: 1

Desde el momento de la celebración del contrato y dada su naturaleza se está aceptando cubrir las prórrogas que se pudiesen generar. Ese es el motivo por el cual el Banco de Chile contrata el seguro con la Aseguradora, esto es contrata sabiendo que el crédito que va a otorgar va a quedar cubierto con el seguro contratado. De no ser así como ya hemos señalado no hubiese contratado.

b) Asimismo y tal como lo señala el artículo 1649 del Código Civil la mera ampliación del plazo de una deuda no constituye novación, lo que confirma lo señalado por esta parte en orden a que no se genera una nueva obligación para las partes. El contrato de seguro siempre ha sido uno solo.

c) La contraria comete un gran error al intentar afirmar que cada vez que se prorrogaba la deuda nacía una nueva obligación asegurativa, fundado en lo dispuesto en la parte final del artículo antes citado. Lo anterior es lo mismo que señalar que nacía un nuevo contrato, contradiciéndose a su vez con lo ya reconocido en su contestación.

Lo dispuesto en dicho artículo se refiere expresamente a los contratos de fianza, prenda e hipoteca y no así para el contrato de seguro de vida de desgravamen en donde el Asegurador recibe, mes a mes, el pago de una prima por la contratación del seguro.

Señala que la contraria intenta asimilar al seguro de vida de desgravamen a los contratos de fianza, prenda e hipoteca en circunstancias que dichos contratos son diferentes a aquél.

A su vez y en caso de que fuese necesario consentir en la ampliación del plazo ello, la omisión no pone fin al contrato. Por el contrario y como dispone el artículo 1649 consentida la ampliación no se produce la novación manteniéndose el mismo contrato,

Sin perjuicio de lo anterior son dos cosas muy diferentes el consentir en una modificación de una obligación a la cual se accede, a la luz de lo establecido por el artículo 1649 del Código Civil, con la de evaluar nuevamente el riesgo o celebrar un nuevo contrato de seguro como pretende la contraria al imponer al asegurado una obligación establecida solo en la etapa precontractual.

Manifiesta que el contrato de seguro es un contrato accesorio al crédito otorgado y la obligación de declarar el estado de salud es precontractual, o sea antes de contratar. Si como señala el demandado lo único que se está haciendo es modificar la fecha de pago del crédito no se está contratando un nuevo crédito, ni tampoco un nuevo seguro, por el contrario el seguro y la obligación a la cual acceden son las mismas. Es el mismo crédito que simplemente se está prorrogando. Conforme a ello y siendo la declaración de salud precontractual (antes de la celebración del contrato) no es necesario una nueva declaración de salud y menos una nueva evaluación del riesgo, el cual ya fue asumido antes de haberse otorgado cada uno de los pagarés.

Si la Aseguradora continuó recibiendo la prima fue porque simplemente consintió en la ampliación del plazo del contrato al cual accede, y al ser por lo mismo un contrato accesorio la diferencia de los otros contratos de seguro principales-no se da una nueva contratación como



Foja: 1

lo pretende. Recordemos además que la ampliación del plazo no fue aislada sino que estas se venían verificando permanentemente desde el año 2009, 2010 y 2012.

La forma como plantea la situación la demandada, significaría caer en el absurdo de que el seguro de desgravamen opera sólo en caso de muerte súbita y no de muerte por enfermedad, lo que implica desnaturalizar el seguro de desgravamen.

Por su parte, de no entenderlo así -vigencia del seguro de desgravamen al prorrogar los créditos- el grupo económico "Banco de Chile" no hubiese otorgado los créditos ni menos aún prorrogado, ya que no habría permitido que estos hubiesen por algún tiempo quedado sin cobertura.

Si el Banco de Chile otorgó los créditos y prorrogó los pagarés fue porque tenía la certeza absoluta de que sus créditos estuvieron siempre asegurados por Banchile Seguros de Vida S.A.

No olvidemos tampoco lo que señala la póliza N° 0008 en su artículo N° 06 bajo el título de Preexistencia lo siguiente: "Esta póliza no cubre los siniestros que sean consecuencia de enfermedades diagnosticadas con anterioridad a la fecha de otorgamiento del crédito" a contrario sensu, si cubre las enfermedades posteriores al otorgamiento del crédito, lo que es obviamente, el objeto del contrato de seguro de desgravamen.

A mayor abundamiento la teoría expuesta por la contraria choca y se contradice con su afirmación y reconocimiento de que "los mutuos y sus consiguientes contratos de seguro de desgravamen objeto de esta controversia se celebraron con fecha 29/12/2009, (N° 36432), 23/12/2010 (N°45934), 15/03/12 (N° 849008) y 14/04/2012 (N° 106)" Pág. 1 de su contestación. Si tanto el contrato principal como el accesorio corresponden a una misma relación jurídica, no se entiende por qué se señala ahora que con cada prórroga se debía seguir el mismo iter contractual como si se tratase de relaciones distintas.

También choca con la cláusula de indisputabilidad contenida en la póliza general. Con la tesis de la contraria el plazo de 2 años ahí señalado sería imposible de alcanzar transformando dicha cláusula en letra muerta, lo que vulneraría el principio de buena fe y la seguridad que este tipo de cláusulas busca otorgar al tomador o beneficiario de la póliza de vida de desgravamen y por tanto de garantizar el cumplimiento de la cobertura contratada.

Finalmente llama la atención la permanente e insistente defensa de la contraria centrada en la evaluación del riesgo, en circunstancias que los hechos nos demuestran que la Aseguradora consideró como imprescindibles e irrelevante para la celebración del contrato el cuestionario de salud contenido en la o las Propuestas de Salud invocado. De no ser así no se explica por qué continuó con el contrato sin haber solicitado que previamente se completasen.



Foja: 1

Sostiene que la demandada confunde la inoponibilidad o ineficacia de las declaraciones con respecto de terceros, de la inoponibilidad e inefficacia de las declaraciones con respecto a los créditos contratados por Cristián Correa Searle.

Si la contraria quiere hacer oponible y eficaces las declaraciones esgrimidas para justificar su incumplimiento con respecto a Cristián Correa Searle, ello debe ser respecto de otros créditos que pudiese haber estado contratando al momento de su suscripción, pero no así respecto de los créditos y pagarés objeto de esta demanda.

Agrega que el hecho de que las propias declaraciones de salud aludidas por la contraria fuesen suscritas con posterioridad a la aceptación de las prórrogas por parte del Banco nos demuestra que ellas no dicen relación con dichos pagarés. Reitero que las declaraciones de salud aludidas debieron ser suscritas en una etapa precontractual y por tanto para créditos que aún no se habían otorgado.

Al contrario de lo señalado por Banchile Seguros de Vida S.A y conforme hemos señalado reiteradamente en nuestra demanda, han transcurrido con creces el plazo de 2 años desde que se inició el seguro razón por lo cual ha caducado el derecho de la demandada para invocar cualquier tipo de reticencia o inexactitud en la declaración. Así lo señala la Póliza: "Transcurrido dos (2) años desde la iniciación del seguro el Asegurado no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiese sido dolosa. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento de capital asegurado, según corresponde".

Que asimismo contesta la acción reconvencional dirigida en su contra, señalando que la demanda debe ser rechazada en virtud de la cláusula de indisponibilidad contemplada en el artículo 8 de la póliza de Desgravamen Colectivo por medio de la cual: "Transcurrido dos (2) años desde la iniciación del seguro el Asegurado no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiese sido dolosa. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento de capital asegurado, según corresponde".

Indica que los seguros entraron en vigencia el 26 de diciembre de 2009 para el pagaré N°36432; el 23 de diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; el 15 de marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y el 14 de mayo de 2012, razón por la cual es plenamente aplicable la presente cláusula, siendo este solo antecedente suficiente para rechazar la demanda reconvencional.

Durante todos esos años se pagaron regularmente por parte del asegurado las primas del seguro sin que haya existido ningún reclamo por parte de la compañía Aseguradora.

Lo mismo procede de aplicarse la teoría de la demandada ya que desde la última prórroga los pagarés también ha transcurrido el plazo de 2 años establecido en la cláusula indisponibilidad antes señalada.



Foja: 1

Conforme a lo anterior el derecho de la Compañía Aseguradora de solicitar la declaración de la nulidad planteada se ha extinguido.

Expresa que Cristián Correa Searle jamás incumplió con la obligación de declarar su estado de salud y por tanto con la obligación establecida en el artículo 556 N° 1 del Código de Comercio. Por el contrario dicha obligación la cumplió al contratar cada uno de los créditos individualizados en la presente demanda, conforme se señaló en cada uno de los argumentos de hecho y derecho expuestos en la demanda principal y réplica de estos autos y que solicito se tengan por expresamente reproducidos, limitándome en esta presentación a enumerar los títulos de cada uno de ellos:

1. Existió un solo seguro por cada uno de los pagarés suscritos.
2. La declaración de salud es precontractual y por lo tanto es anterior a la contratación del crédito.
 1. Las declaraciones salud invocadas por la contraria para interponer su demanda reconvencional son inoponibles a los pagarés que dan cuenta los créditos asegurados.
 2. Las prórrogas del seguro se convinieron sin consideración a la solicitud o declaración esgrimida por el asegurado para denegar el seguro.

Agrega que sin perjuicio de lo anterior y en el evento improbable que el Tribunal rechace las alegaciones antes señaladas respecto de las declaraciones de salud aludidas por la contraria en la presente demanda reconvencional cabe tener presente que todas y cada una de las prórrogas y documentos suscritos por Cristián Correa Searle con posterioridad a su tratamientos de quimioterapia, fueron realizadas en las oficinas del Banco, evidenciando el señor Correa un deteriorado estado de salud. Conocida la enfermedad por el Banco no puede ser desconocida por la sociedad relacionada, más cuanto que ese estado de salud no llamó la atención del Banco en cuanto a la prórroga del crédito, permanente por la existencia del seguro de desgravámenes.

Constituye una evidente señal de mala fe que conocida dicha situación por el Banco y siendo éste quien contrata con la Compañía de Seguro, de la cual es relacionada se solicite la nulidad del contrato en virtud de lo establecido en el artículo 557, todas causales que no son aplicables a los hechos materia de este juicio y respecto de los cuales solo proceden cuando existe mala fe por parte del asegurado, lo que en la especie no ocurre.

Si había omisiones en las supuestas declaraciones de salud, y dichas declaraciones eran condición para cubrir el riesgo, existiría una evidente mala fe del Banco y de la Aseguradora al haber hecho firmar la declaración al asegurado sin llenar o hacer llenar la declaración con los dichos del asegurado. Se agrava la mala fe tomando en consideración que es el Banco quien tiene relaciones corporativas con el intermediario y el asegurador, y se agrava aún más por el hecho de que la Aseguradora nada haya señalado al momento en que recibió dichas declaraciones, percibiendo durante todo el tiempo en que se encontró vigente el seguro la primas debidamente pagadas por el asegurado.

Foja: 1

Llama la atención que la Aseguradora sabiendo de las omisiones invocadas desde el momento mismo de su suscripción, haya percibido sin inconveniente alguno el pago de las primas y solo ahora solicite la rescisión del contrato. De existir omisiones era obligación del Banco y de la Compañía Aseguradora completarlas en base a información obtenida del asegurado, no pudiendo ser estas eventuales omisiones causales de rescisión del contrato, más aún, y como ya se ha señalado reiteradamente, si el Banco Acreedor tiene vínculos directos con el Asegurador. La Compañía Aseguradora no se puede aprovechar de su propio dolo, negligencia o torpeza.

Al haber aceptado la Compañía Aseguradora el pacto de la prima en conocimiento de las declaraciones aludidas fue porque aceptaba al asegurado en las condiciones ahí contratadas, verificándose así una forma espontánea de cumplimiento del contrato, lo que resulta relevante a la luz de lo dispuesto en el artículo 1564 inciso final del Código Civil.

Si según la tesis de la aseguradora, ésta debía evaluar la contratación en virtud de las declaraciones recibidas, debió rechazar la cobertura a raíz de las omisiones de salud que hoy alega.

Si conocida dicha declaración continuó con la cobertura y en consecuencia siguió percibiendo el pago de la prima fijada al celebrar el contrato, fue en razón de que dicha omisiones y por lo mismo las declaraciones le eran indiferentes para otorgar la cobertura no cumpliéndose en consecuencia los requisitos establecidos por el artículo 557 del Código de Comercio.

En virtud de la libertad de contratación es resorte de la compañía aseguradora contratar el seguro sin la declaración de salud o con omisiones en ella. Si al momento de analizar las declaraciones de salud aludidas visualizó la existencia de omisiones sin señalar nada al respecto, significa que asumió la cobertura con dicha omisiones de salud. De lo contrario y como señalamos debió requerir la información que necesitaba para la evaluación del riesgo o en su defecto solicitar al asegurado a completar la declaración, ya que no decir o hacer nada y por el contrario continuar con el contrato recibiendo el pago de la prima es una evidente señal de mala fe por parte de la Aseguradora, que por cierto le impide ejercer la acción impetrada.

A su vez el continuar con la cobertura contratada significa que hubo una ratificación o confirmación tácita del eventual vicio alegado por la contraria, ya que se ejecutó voluntariamente la obligación contraída en lo que se refiere a la percepción de la prima.

Del pasado es la visión meramente objetiva de la declaración del riesgo. Ello es consecuencia del equilibrio que debe existir entre los contratantes en virtud del principio de la buena fe.

Sorprende que la Compañía haga sus alegaciones a estas alturas, considerando que mientras recibió oportunamente el pago de las primas por partes del señor Cristián Correa Searle nada dijo.

Conforme a lo anterior, no se dan los presupuestos y condiciones establecidas por el artículo 557 del Código de Comercio para que se rescinda el contrato.



Foja: 1

Que a fs. 122 el demandante contesta la acción reconvencional.

Que respecto de la Aplicación de la cláusula de indisputabilidad, señala que en su virtud la demanda de autos debe ser rechazada, invocando el artículo 8 de la póliza de Desgravamen Colectivo por medio de la cual: "Transcurrido dos (2) años desde la iniciación del seguro el Asegurado no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiese sido dolosa. Este plazo de dos (2) años también se aplicará en el caso de rehabilitación, o desde que se produjere el aumento de capital asegurado, según corresponde".

Agrega que los seguros entraron en vigencia el 26 de diciembre de 2009 para el pagaré N°36432; el 23 de diciembre de 2010 para el pagaré N° 45934; el 15 de marzo de 2012 para el pagaré N° 849008 y el 14 de mayo de 2012, razón por la cual es plenamente aplicable la presente cláusula, siendo este solo antecedente suficiente para rechazar la demanda reconvencional.

Durante todos esos años se pagaron regularmente por parte del asegurado las primas del seguro sin que haya existido ningún reclamo por parte de la compañía Aseguradora.

Lo mismo procede de aplicarse la teoría de la demandada ya que desde la última prórroga de los pagarés también ha transcurrido el plazo de 2 años establecido en la cláusula de indisputabilidad antes señalada.

Conforme a lo anterior el derecho de la Compañía Aseguradora de solicitar la declaración de la nulidad planteada se ha extinguido.

Añade que Cristián Correa Searle jamás incumplió con la obligación de declarar su estado de salud y por tanto con la obligación establecida en el artículo 556 N° 1 del Código de Comercio. Por el contrario dicha obligación la cumplió al contratar cada uno de los créditos individualizados en la presente demanda, conforme se señaló en cada uno de los argumentos de hecho y derecho expuestos en la demanda principal y réplica de estos autos y que solicito se tengan por expresamente reproducidos, limitándome en esta presentación a enumerar los títulos de cada uno de ellos:

1. Existió un solo seguro por cada uno de los pagarés suscritos.
 2. La declaración de salud es precontractual y por lo tanto es anterior a la contratación del crédito.
1. Las declaraciones salud invocadas por la contraria para interponer su demanda reconvencional son inoponibles a los pagarés que dan cuenta los créditos asegurados.



Foja: 1

4.- Las prórrogas del seguro se convinieron sin consideración a la solicitud o declaración esgrimida por el asegurado para denegar el seguro.

Agrega que sin perjuicio de lo anterior y en el evento improbable que rechace las alegaciones antes señaladas respecto de las declaraciones de salud aludidas por la contraria en la presente demanda reconvencional cabe tener presente que todas y cada una de las prórrogas y documentos suscritos por Cristián Correa Searle con posterioridad a sus tratamientos de quimioterapia, fueron realizadas en las oficinas del Banco, evidenciando el señor Correa un deteriorado estado de salud. Conocida la enfermedad por el Banco no puede ser desconocida por la sociedad relacionada, más cuanto que ese estado de salud no llamó la atención del Banco en cuanto a la prórroga del crédito precisamente por la existencia del seguro de desgravámenes.

Asimismo indica que constituye una evidente señal de mala fe que conocida dicha situación-mal estado de salud-por el Banco y siendo éste quien contrata con la Compañía de Seguro, de la cual es relacionada, se solicite la nulidad del contrato en virtud de lo establecido en el artículo 557, todas causales que no son aplicables a los hechos materia de este juicio y respecto de los cuales solo proceden cuando existe mala fe por parte del asegurado, lo que en la especie no ocurre.

Si había omisiones en las supuestas declaraciones de salud, y dichas declaraciones eran condición para cubrir el riesgo, existiría una evidente mala fe del Banco y de la Aseguradora al haber hecho firmar la declaración al asegurado sin llenar o hacer llenar la declaración con los dichos del asegurado. Se agrava la mala fe tomando en consideración que es el Banco quien tiene relaciones corporativas con el intermediario y el asegurador, y se agrava aún más por el hecho de que la Aseguradora nada haya señalado al momento en que recibió dichas declaraciones, percibiendo así durante todo el tiempo en que se encontró vigente el seguro las primas debidamente pagadas por el asegurado.

Llama la atención que la Aseguradora sabiendo de las omisiones invocadas desde el momento mismo de su suscripción, haya percibido sin inconveniente alguno el pago de las primas y solo ahora solicite la rescisión del contrato. De existir omisiones era obligación del Banco y de la Compañía Aseguradora completarlas en base a información obtenida del asegurado, no pudiendo ser estas eventuales omisiones causales de rescisión del contrato, más aún, y como ya se ha señalado reiteradamente, si el Banco Acreedor tiene vínculos directos con el Asegurador. La Compañía Aseguradora no se puede aprovechar de su propio dolo, negligencia o torpeza.

Al haber aceptado la Compañía Aseguradora el pago de la prima en conocimiento de las declaraciones aludidas fue porque aceptaba al asegurado en las condiciones ahí contratadas, verificándose así una forma espontánea de cumplimiento del contrato, lo que resulta relevante la luz de lo dispuesto en el artículo 1564 inciso final del Código Civil, en relación con el artículo 1695 del mismo cuerpo legal, el que considera como causal de ratificación tácita de la nulidad relativa la ejecución voluntaria de la obligación contratada.



Foja: 1

Si según la tesis de la aseguradora, ésta debía evaluar la contratación en virtud de las declaraciones recibidas, debió rechazar la cobertura a raíz de las omisiones de salud que hoy alega.

Si conocida dicha declaración continuó con la cobertura y en consecuencia siguió percibiendo el pago de la prima fijada al celebrar el contrato, fue en razón de que dicha omisiones, y por lo mismo las declaraciones, le eran indiferentes para otorgar la cobertura no cumpliéndose en consecuencia los requisitos establecidos por el artículo 557 del Código de Comercio.

En virtud de la libertad de contratación es resorte de la compañía aseguradora contratar el seguro sin la declaración de salud o con omisiones en ella. Si al momento de analizar las declaraciones de salud aludidas visualizó la existencia de omisiones sin señalar nada al respecto, significa que asumió la cobertura con dicha omisiones de salud. De lo contrario, y como señalamos, debió requerir la información que necesitaba para la evaluación del riesgo o en su defecto solicitar al asegurado completar la declaración, ya que no decir o hacer nada y por el contrario continuar con el contrato recibiendo el pago de la prima es una evidente señal de mala fe por parte de la Aseguradora, que por cierto le impide ejercer la acción impetrada.

A su vez el continuar con la cobertura contratada significa que hubo una ratificación o confirmación tácita del eventual vicio alegado por la contraria, ya que se ejecutó voluntariamente la obligación contraída en lo que se refiere a la percepción de la prima, de acuerdo con el artículo 1695 precitado.

Del pasado es la visión meramente objetiva de la declaración del riesgo. Ello es consecuencia del equilibrio que debe existir entre los contratantes en virtud del principio de la buena fe.

Sorprende que la Compañía haga sus alegaciones a estas alturas, considerando que mientras recibió oportunamente el pago de las primas por partes del señor Cristián Correa Searle nada dijo.

Conforme a lo anterior, no se dan los presupuestos y condiciones establecidas por el artículo 557 del Código de Comercio para que se rescinda el contrato.

Que a fs.138 la demanda evaca la díplica, reiterando todos y cada uno de los antecedentes y fundamentos de hecho y de derecho que se esgrimieron en el escrito de contestación, dándolos expresa e íntegramente por reproducidos para todos los efectos a que haya lugar.

Señala que la demandante insiste en que por el hecho de que el Banco y la Compañía aseguradora forman parte de un mismo grupo empresarial, se siguen ciertos efectos jurídicos, los que para nada se condicen con la referida realidad. Para fijar el alcance que tiene que ambas entidades sean parte de un mismo grupo, hay que tener presente que en este litigio la discusión versa sobre sobre el cumplimiento o incumplimiento de un contrato de seguro desgravamen, el que es diferente al contrato de mutuo que consta en los pagarés suscrito favor del Banco de Chile. De esta forma debemos distinguir a relación contractual que emanó

Foja: 1

del contrato de mutuo -que liga al Banco con el deudor-, y el contrato de seguro de desgravamen, que liga a don Cristian Correa Searle y la Compañía aseguradora, sin perjuicio de lo cual también este último contrato alcanza al Banco de Chile en calidad de contratante y beneficiario.

Cada tipo de contrato tiene su propia dinámica de contratación, obedece a lógicas internas y producen efectos diversos en cada una de las partes contratantes, lo que no es sino manifestación del efecto relativo de los contratos. No obstante lo anterior, en el caso del seguro de desgravamen nos encontramos con la figura de la estipulación a favor de otro. El artículo 1449 del Código Civil permite que cualquier persona pueda estipular con su contratante un derecho de crédito a favor de un tercero, el cual se radica en su patrimonio, no obstante no haber manifestado su consentimiento para ello. Si bien la figura recién descrita no define cabalmente la dinámica del seguro de desgravamen, podemos reconocer que el Banco cumple el rol de tercero en el sentido de que en caso de muerte del deudor, la Compañía Aseguradora pagará al Banco el saldo insoluto de la deuda.

Así las cosas, mal puede la contraria imputar incumplimientos al Banco que dicen relación con el contrato de seguros, y viceversa: imputar incumplimientos a la Compañía Aseguradora que dicen relación con el Banco. Por ejemplo, la demandante sostiene que por el hecho de pertenecer a un mismo grupo económico, el Banco de Chile conocía y debía conocer las omisiones de la declaración de salud que el mismo entregó a su relacionada. Tal elemento retórico de su discurso es absolutamente falaz y no tiene los requisitos para confirmar la proposición que se pretende demostrar, toda vez que no existe relación de ninguna especie entre pertenecer a un grupo económico y ser destinatario de los derechos y obligaciones que emanan para las partes contratantes de determinado contrato. No olvidemos que la declaración personal de salud es un documento integrante del contrato de seguro de desgravamen, no tiene nada que ver con el mutuo que es el contrato que ligó a don Cristian Correa Searle con el Banco de Chile.

En efecto, el Banco de Chile-que no es parte en este juicio- no tiene obligación de ninguna especie en relación a la propuesta de seguro y la declaración personal de salud y menos en relación al conocimiento que supuestamente tenía o debía saber del estado de salud del deudor. Al Banco solo le interesa conocer la situación financiera y patrimonial del deudor para evaluar la probabilidad de pago de la deuda, es decir los antecedentes relacionados con el contrato de mutuo. A la compañía aseguradora, en cambio, le interesa conocer el estado de salud del deudor para determinar el riesgo que va a asumir, es decir lo atingente al contrato de seguro de desgravamen pues en caso de fallecimiento de éste nace la obligación de indemnizar pagando el saldo insoluto de la deuda al acreedor. En la medida que la Compañía acepta asegurar el riesgo, en virtud del conocimiento que tiene del mismo por las declaraciones del deudor, la operación financiera de crédito sigue su curso, pero cada contrato tiene su propia dinámica jurídica y comercial.

En este orden de ideas, es falso que sobre el Banco pesa la "obligación de obtener y completar cualquier tipo de declaración de salud", pues la obligación de informar sobre el estado de salud es de cargo del asegurado. Afirma lo anterior en lo dispuesto en el artículo 556 del Código de

Foja: 1

Comercio, que dispone que El asegurado está obligado a: 1º Declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada, y apreciar la extensión de los riesgos".

Por su parte, si bien es cierto que "es la Compañía de Seguros quien debe analizar el riesgo", este análisis, en la especie, se realizó sobre la base de la información que le fue suministrada por el propio asegurado y por consiguiente, asumió el riesgo en función de la declaración prestada por el asegurado quien en el cuestionario respectivo no consignó padecer ninguna enfermedad y lo firmó.

Aquí no cabe mezclar el inicio de la relación contractual que emana del contrato de crédito con la que emana del contrato de seguro de desgravamen y por consiguiente los deberes precontractuales en uno y otro caso. El deber precontractual o carga de información forma parte del iter contractual del seguro de desgravamen y la aceptación del riesgo por parte de la compañía de seguro en base a la información proporcionada por el deudor es anterior a la aceptación de la prórroga del pagaré (contrato de mutuo). Esto no significa, como erradamente lo sostiene la demandante, que el análisis y aceptación del riesgo haya tenido lugar únicamente antes de otorgarse cada uno de los pagarés al momento de su suscripción (Nº 35432: 29/12/2009, Nº 45934: 23/12/2010, Nº 849008: 15/03/2012, Nº 106 14/05/2012), sino que fue necesario analizar el riesgo cada vez que el deudor solicitó las prórrogas de los pagarés respectivos, lo cual no puede ser de otro modo ya que los contratos de seguros tienen una vigencia en el tiempo de acuerdo a la evaluación que se hace del riesgo en un período determinado.

Que en relación a la buena fe en el contrato de seguro esta no se agota en lo expresado por la contraria identificándolo con el cumplimiento de la obligación de que nace del contrato de cargo de la compañía. Una cosa es la conducta que se debe desplegar en el cumplimiento de la prestación objeto del contrato y otra distinta es la conducta conforme al principio de buena fe que debe ejecutarse durante todo el iter contractual, de modo que la buena fe no sólo se materializa cumplimiento un contrato.

Menos es sinónimo de mala fe el no cumplimiento de un contrato cuando proceden causales para exonerarse del cumplimiento como sucedió en la especie, en que precisamente la compañía negó el pago por estimar que el deudor fallecido, faltó a la buena fe contractual al no reflejar fielmente su situación de salud en el cuestionario contenido en la declaración personal de salud, pues ocultó un hecho trascendental para la valoración del riesgo como lo es el diagnóstico de un cáncer pulmonar.

Indica que al contrario de lo que sostiene la demandante sin fundamento legal alguno- la Compañía Aseguradora puede legítimamente rechazar el pago de un siniestro cuando el asegurado dejó de informar antecedentes relevantes para conocer su verdadero estado de salud. La no entrega de información para la evaluación del riesgo tiene una sanción específica estipulada en el contrato de seguro y en la ley.

Señala que el artículo 7 de las condiciones generales contenidas en la POL 2 09 000 regula la declaración de los asegurados en los siguientes términos: "La veracidad de la



Foja: 1

declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura de este contrato de seguro. Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos por parte de un Asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo concerniente a él, o de cualquiera circunstancia que conocida por la Compañía Aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o de incorporar a dicho Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada, poner término anticipado a la cobertura para el o los Asegurados de que se trate...(...)".

En cuanto a la sanción legal establecida al incumplimiento del deber de información por parte del asegurado, el artículo 557 N°1 del Código de Comercio dispone que el seguro se rescinde: "Por las declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieren retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones".

Así las cosas, cuando la compañía funda su rechazo en las omisiones del asegurado, está alegando que éste no informó de acuerdo a la realidad acerca de su estado de salud, de modo que no procede tergiversar la realidad como si la existencia de omisiones en la declaración personal de salud fueron conocidas por el asegurador desde que tomó conocimiento de la declaración. Esto es falso, pues al alegar omisión lo que reclama la Compañía es que habiendo sido requerido el asegurado para informar acerca de su condición de salud, éste se abstuvo de informar que en el mes de octubre del año 2012 fue diagnosticado de cáncer pulmonar.

No se trata de que el cuestionario de la declaración personal de salud haya sido incompleto, se trata de que fue suscrito de puño y letra por el asegurado sin que éste consignara información fidedigna acerca de su estado de salud de forma tal que no cabe sino concluir que dejó de informar un antecedente trascendental para la evaluación del riesgo como lo es la declaración de un cáncer.

Por consiguiente, la Compañía Aseguradora evaluó el riesgo en función de la información contenida en la declaración la cual no daba cuenta de diagnóstico alguno

Que en relación a las características del contrato de seguro de desgravamen, señala que la demandante no solo hace referencia a las características del seguro, esto es la descripción de sus cualidades, sino que además enuncia ciertos hechos como indiscutidos.

Señala que el riesgo que asume la Compañía Aseguradora es precisamente el pago de los saldos insoluto de las deudas del asegurado. Esto es efectivo, siempre que se cumplan las condiciones para pagar el siniestro las que en este caso no se configuraron ya que durante el proceso de liquidación del mismo se determinó que el asegurado se abstuvo de informar de forma veraz acerca de su estado de salud.



Foja: 1

Si bien el contrato de seguro es un contrato principal, en el caso del seguro de desgravamen es accesorio. Esto es cierto, pero tal afirmación no tiene los efectos que pretende la contraria en el sentido de que existió un solo seguro cuya vigencia se extendió durante todas las prórrogas de los respectivos pagarés. Que sea accesorio significa que no puede subsistir sin una obligación a la que acceda, lo cual es concordante con el nacimiento de una nueva relación asegurativa cada vez que se prorrogó el pagaré, lo cual dista mucho de que el aumento del plazo del pagaré afecte en un aumento del plazo de vigencia del seguro, pues el aumento de plazo concedido por el acreedor para el pago del crédito no alcanza al contrato de seguro de desgravamen.

Afirma que la declaración de salud es precontractual respecto del perfeccionamiento del seguro de desgravamen. Por eso que cada una de las declaraciones de salud que suscribió Cristian Correa Searle son indicativas de que se celebró un nuevo contrato de seguro cada vez que se prorrogó el pagaré.

Señala que reitera todas y cada una de las excepciones y defensas opuesta en la contestación, sin perjuicio de duplicar lo siguiente

Que en lo relativo al Incumplimiento del deber de prestar una declaración exacta y sin reticencia acerca del estado del riesgo y el estado de salud del asegurado, indica que el demandante afirma -sin justificación alguna- que las únicas declaraciones de salud válidas atingentes al contrato de seguro de desgravamen fueron aquellas para garantizar el pago de la deuda contenida 1) Pagaré N°36432 de fecha 29 de diciembre de 2009 por la cantidad de \$45.000.000, 2) Pagaré N°45934 de fecha 23 de diciembre de 2010 por la cantidad de \$10.050.000, 3) Pagaré N°849008 de fecha 15 de marzo de 2012 por la cantidad de \$ 90.343.381 y 4) Pagaré N°106 de fecha 14 de mayo de 2012 por la cantidad de \$ 60.193.730.-

¿Por qué razón serían válidas esas declaraciones de salud y no las posteriores si, como se ha señalado los contratos de seguros de desgravamen tenían una vigencia conforme al vencimiento de cada pagaré de modo que cuando éstos se prorrogaron siempre fue necesario suscribir una nueva declaración personal de salud para hacer nacer una nueva relación asegurativa.

En efecto, en cada oportunidad en que se prorrogó el crédito, el Banco procedió a realizar las gestiones tendientes para que el deudor se volviera a incorporar a la cobertura del seguro de desgravamen, exigiendo el cumplimiento de las mismas solemnidades que se exigen para el perfeccionamiento de cualquier contrato de seguro de la especie, y en especial la obtención de una nueva declaración personal de salud para la evaluación del riesgo, que el elemento que le importa a la Compañía de Seguros.

En este punto es necesario aclarar que la declaración personal de salud, como su nombre lo indica, es de carácter personal y se refiere a información sensible del asegurado y en ese sentido ni el Banco, ni la compañía de seguros tienen el deber o la obligación de supervisar que el deudor asegurado realice la declaración conforme la verdad pues solo el declarante sabe lo que es efectivo a cerca de su persona.



Foja: 1

En efecto, como se ha dicho, la obligación de declarar en forma exacta corresponde en forma exclusiva y excluyente al asegurado, pues él es quien conoce mejor su vida privada e intimidad, y no corresponde al Banco, ni a la Compañía de seguros indagar en su vida personal, salvo requerir exámenes adicionales cuando de la misma información que el proponente entrega sea necesario para determinar el riesgo, evento en que a veces se piden exámenes médicos adicionales. En efecto, el proponente de un seguro de vida - sobre todo si es abogado como ocurre en la especie tiene un rol activo y preponderante en la contratación de seguros, porque a diferencia de lo que ocurre en los seguros sobre bienes, en este caso la información es personal, es de la vida de la persona, su intimidad y vida privada.

Es por lo anterior que el banco solo cumple con entregar el formulario que contiene la declaración personal de salud, pero la declaración es un acto personal del asegurado, pues se entiende que el asegurado hizo la declaración de buena fe. En este sentido no existe un deber especial de cargo ni del Banco, ni de la Compañía de seguros de dirigir la forma en que el asegurado debe prestar la declaración personal de salud, como lo afirma equivocadamente la contraria.

Sostiene que los principios jurídicos son sólidos para sostener que cada vez que se prorrogaron cada uno de los pagarés, se dio nacimiento a una nueva relación asegurativa. Esto no puede ser de otro modo pues los acuerdos entre el deudor y el acreedor en lo que respecta a la deuda no le empecen a terceros que no son parte de ese acuerdo. La Compañía nunca prestó su consentimiento para extender la vigencia del contrato de seguro de desgravamen. Así cada vez que terminó la vigencia del seguro y por su parte el Banco aumentó el plazo para el pago de la deuda, éste le entregó al deudor los documentos necesarios para que se incorporara nuevamente al contrato de seguro y de este modo cubrir el riesgo por el nuevo periodo dado por el Banco para pagar la deuda. No olvidemos que el deudor era abogado de profesión de modo tal que no procede alegar que desconocía la relevancia de cada una de las declaraciones de salud que firmó.

En términos jurídicos la prórroga del plazo para el pago de la deuda y que consta en cada uno de los documentos denominados "Hoja de Prolongación Prórroga de Pagaré", constituye una modificación de la obligación.

El efecto más importante de la modificación de una obligación es que no puede perjudicar a terceros que no han intervenido mediante su consentimiento en la modificación. Si el Banco decide extender el plazo de la deuda, la Compañía debe nuevamente evaluar si se entrega cobertura al riesgo por el nuevo período. En consecuencia, con cada prórroga del pagaré nació una nueva relación asegurativa entre el deudor y la Compañía de seguro, pues como se dijo la modificación de la obligación de pagar el crédito no puede afectar a terceros, sin que éstos consientan en la modificación

Este principio está consagrado en el artículo 1649 del Código Civil y dice relación con el efecto relativo de los contratos, ya que los terceros ajenos a la estipulación por la cual las partes prorrogaron el plazo en una obligación, no les afecta la ampliación, ya que los terceros habían consentido garantizar la obligación con las modalidades con las que fu-



Foja: 1

convenida, y hasta cierto plazo y no otro mayor, ya que corren el riesgo de que mientras más pase el tiempo el deudor pueda caer en insolvencia.

Señala que en las condiciones generales del contrato de seguro de desgravamen contenidas en la POL 2200130329 se establece en el artículo 8 que "transcurrido dos años de vigencia del crédito en el seguro. Quedan sin efecto las condiciones de Preexistencia establecidas. Así también cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud". Lo mismo dispone el artículo 7 de la POL 2 09 082 que es la versión de las condiciones generales vigentes al momento del contrato. Atendido que el seguro de desgravamen sujeto a liquidación con ocasión del siniestro es aquel celebrado con la última prórroga del crédito, el plazo para que la póliza se vuelva indisputable no se cumplió, pues esta parte alegó la nulidad de los contratos de seguros de desgravámenes con fecha 12 de junio de 2015.

Que a fs. 148 la parte demandante evaca la díuplica de la demanda reconvencional.

Reitera los fundamentos de hecho y derecho contenidos en la contestación de la demanda reconvencional.

Señala que es reconocido ampliamente por la práctica mercantil del seguro, tanto a nivel nacional como internacional, que en la actualidad el asegurador tiene un rol relevante y trascendente en la declaración del riesgo. Ello se debe al hecho cierto de hoy en día las compañías de seguro tienen un expertise, un profesionalismo y una tecnificación importante en el conocimiento y la evaluación del riesgo que la ponen en una posición superior o al menos simétrica respecto del asegurado. Es ese rol activo el que los obliga a colaborar con el asegurado al momento de hacer la declaración de salud. Conforme a ello las compañías de seguro no se limitan, ni someten solo a la declaración de salud espontánea del asegurado, como ocurría en la práctica decimonónica, sino que entregan un cuestionario que debe ser llenado por el asegurado y que posteriormente debe ser estudiado por la aseguradora para los efectos de evaluar el riesgo y así definir la contratación. En razón de lo anterior es que tiene la obligación de solicitar mayor información al asegurado si es que recibe una declaración de salud con omisiones o defectos que pueden ser importantes para la evaluación del riesgo y por tanto necesarias para definir su contratación.

Asimismo, el deber de colaboración que hoy tiene la aseguradora en las declaraciones de salud está inspirado en el principio de buena fe que impera en este tipo de contratos. Es una práctica habitual en nuestro país que al momento de contratar con distintas instituciones financieras se solicite la firma de una set no menor de documentos sin contar con el tiempo necesario para hacer una revisión exhaustiva de lo que se firma, razón por la cual se firma al amparo del principio de la buena fe en la contratación.

Si conocido el contenido de la declaración, la aseguradora no considera relevante requerir mayor información para los efectos de la evaluación del riesgo, significa que dicha declaración satisface y por tanto ha sido suficiente para la evaluación del riesgo. Aceptada la declaración conociendo los errores, omisiones, reticencias o inexactitudes de la misma y contratando



Foja: 1

posteriormente el seguro, no puede ser causal de nulidad o de liberación de cumplir con las obligaciones derivadas del seguro. Sostener lo anterior nos lleva razonablemente a pensar que es plenamente conveniente para la aseguradora obtener la mayor cantidad de omisiones en la declaración, ya que esa será la manera más fácil para eludir sus obligaciones en el evento de producirse cualquier siniestro. Por lo anterior y dada la mayor experiencia que tienen las aseguradoras en la materia, es que el rol pasivo que antiguamente las aseguradoras tenían en las declaraciones de salud, en la práctica ha caído en desuso, pasando a tener éstas un rol activo de colaboración que no se interrumpe con la simple recepción firmada de la declaración hecha por el asegurado. Por el contrario dicha colaboración activa, alcanza a todas aquellas preguntas y solicitudes que sean necesarias hacer al asegurado para poder evaluar el riesgo que finalmente lleva. De esta manera las omisiones alegadas por la contraria no pueden ser esgrimidas con el objeto de eludir la obligación de indemnizar o reparar y tampoco para invocar infracciones al debe de declaración.

Indica que la evaluación del riesgo no puede estar limitada a un mero formalismo, entendido como la mera recepción por parte del asegurador del cuestionario constitutivo de la declaración de salud, sino que impone al asegurador la obligación de analizar las respuestas a objeto de evaluar verdaderamente el riesgo y en consecuencia solicitar todas aquellas aclaraciones o dudas que surjan de las respuestas entregadas. Solicitar información para determinar el riesgo no es solo enviar el formulario de preguntas, sino que también incluye pedir todas las aclaraciones respecto del mismo. Si con las respuestas u omisiones no es posible determinar el riesgo, obligadamente el asegurador debe pedir las aclaraciones pertinentes para otorgar la cobertura.

Por el contrario si la compañía de seguro no considera relevante una omisión en la declaración de salud al momento de evaluar el riesgo y aceptar la contratación, menos aún puede ésta ser tomada en consideración como argumento para eludir sus responsabilidades o fundamentar acciones de nulidad.

Es innegable que las declaraciones de salud que pretende utilizar la contraria para fundamentar sus alegaciones no tuvieron ninguna relevancia ni significación en la contratación de los seguros objeto de nuestra demanda, ya que de haberlo sido habría solicitado su complementación (esa es su obligación) o habría rechazado la contratación.

Así como el banco siempre prorrogó los pagarés sin un nuevo análisis de riesgo, la compañía de seguros también prorrogó el seguro sin un nuevo estudio de una declaración de salud. De lo contrario no se entiende como las declaraciones de salud invocadas por la compañía de seguros para los objeto de su demanda reconvencional fue suscrita el mismo día en que se prorrogaron los pagarés.

Conforme a lo anterior, no se dan los presupuestos y condiciones establecidas por el artículo 557 del Código de Comercio para que se rescinda el contrato.



Foja: 1

Que a fs. 154 se lleva a efecto la audiencia de conciliación con la asistencia de los apoderados de las partes, sin que aquella se produzca.

Que a fs. 156 se recibe la causa a prueba, resolución que se modifica a fs. 164.

Que a fs. 368 se cita a las partes a oír Sentencia.

CONSIDERANDO:

EN CUANTO A LAS OBJECIONES DOCUMENTALES:

PRIMERO: Que a fs. 296 la parte demandante objeta, reiterando dicha objeción a fs. 334, los documentos acompañados bajo el numeral II del escrito de fs. 193, con excepción de los pagarés y sus hojas de prolongación, consistentes en documentos de plan de pago Banchile Seguros de Vida S.A y seguros de desgravamen de crédito comercial de fecha de vigencia propuesta compañía aseguradora 28/06/2013; 10/06/2013; 13/08/2013 y 11/07/2013 que corresponden a la declaración de salud del asegurado Cristian Correa Searle por falsedad y falta de integridad.

Manifiesta que los documentos indicados son simples fotocopias de las cuales no le consta su autenticidad e integridad.

Asimismo expresa que según ha reconocido la contraria las declaraciones personales de salud deben ser llenadas de puño y letra del asegurado, cuestión que no ocurrió con los documentos 28/06/2013; 10/06/2013; 13/08/2013 y 11/07/2013 que está en blanco, todos los cuales sirvieron de fundamento a la compañía aseguradora para rechazar el seguro. Ninguno de los documentos fue llenado de puño y letra de Cristian Correa Searle desconociendo si fueron firmados por él, siendo en consecuencia falsos y carentes de integridad.

Señala que de la simple revisión caligráfica es posible concluir que la persona que llenó las declaraciones de salud al momento de contratar cada uno de los pagarés a los cuales acceden dichas declaraciones, es diferente a quien llenó las declaraciones de salud que la aseguradora utiliza como base para negar la cobertura.

Indica que el único documento que reconoce como válido y que con certeza fue llenado de puño y letra de Cristian Correa Searle es el original de la declaración de salud de fecha 29 de diciembre de 2009.

SEGUNDO: Que la parte demandada al evacuar el traslado de la objeción en análisis solicita su rechazo.

Argumenta que el demandante desconoce las declaraciones personales de salud ya que ello importa desconocer la existencia del contrato de seguro de desgravamen, en atención a que aquellas son parte esencial del contrato de seguro.

Concluye que si las declaraciones de salud son falsas el contrato de seguro no llega a perfeccionarse y por consiguiente los créditos carecen de cobertura de desgravamen ya no por los motivos reclamados por la Compañía, sino por el propio reconocimiento del demandante.



Foja: 1

Alega que resulta sorprendente que el demandante sostenga que ciertas declaraciones personales de salud están en blanco en circunstancias que todas las propuestas de seguro están firmadas, aquellas son formularios estructurados para responder en caso que exista información que aportar, de lo contrario solo deben ser firmadas y existiendo firma el suscriptor hace suya las declaraciones contenidas en el documento.

Finalmente sostiene que concluir que fue un tercero el que firmó la declaración de salud no aporta ningún elemento para desestimar las declaraciones de salud, ya que en ese hipotético caso pudo tratarse de una firma a ruego.

TERCERO: Que obra a fs. 358 y siguientes Informe Pericial Caligráfico realizado por la perito Roxana Abasto Rojas, designada por el Tribunal, quien en sus conclusiones manifiesta que las firmas puestas a nombre de Cristian Correa Searle en las propuestas de seguro de desgravamen créditos comerciales De Banchile Corredores de Seguros de fecha 28/06/2013, 10/06/2013, 13/08/2013 y 11/07/2013 son auténticas de esta persona. Que respecto de las menciones del lleno del rubro que indica “DECLARACION PERSONAL DE SALUD COMPLETA DEL ASEGURADO” de LAS PROPUESTAS DE SEGURO DE DESGRAVAMEN CREDITOS COMERCIALES objetadas de fecha 28/06/2013, 10/06/2013, 13/08/2013 no fueron escritas por Cristian Correa Searle. Agrega que la DECLARACION PERSONAL DE SALUD COMPLETA DEL ASEGURADO impugnada de fecha 11/07/2013 se encuentra con sus espacios predeterminados para completar en blanco.

Que sin perjuicio que la anterior prueba si bien no fue rendida con ocasión del incidente en análisis, consta en los autos y resulta útil probatoriamente al Tribunal, por lo que si bien de aquella es posible concluir que las menciones del llenado de las declaraciones de salud del asegurado de las propuestas de seguro de desgravamen no pertenecen a Cristian Correa Searle la firma puesta en ellas si provienen de aquel por lo que descarta la falsedad de los documentos impugnados, como su falta de integridad.

Que en cuanto a los restantes documentos objetados habiéndose esgrimido como causal fáctica de impugnación que se trata de simples fotocopias, dicha circunstancia por sí misma no resulta causal de impugnación legal, como asimismo no se rindió prueba que acreditaría la falta de integridad de aquella, por lo que la objeción en análisis será desestimada.

EN CUANTO AL FONDO:

CUARTO: Que en orden a acreditar la existencia de un contrato de seguro de desgravamen, estipulaciones y modalidades del mismo entre el asegurado y la demandada de autos, el demandante acompañó a los autos copias de pagarés y sus prorrogas, copias de propuestas de salud suscritas por Cristian Correa Searle al momento de contratar cada uno de los pagarés individualizados, copias de propuestas de salud suscritas por Cristian Correa al momento de prorrogar cada uno de los pagarés individualizados, copias de pólizas de seguro N°0008 POL220130329 y 209082, certificados de aceptación de seguro desgravamen de fecha 9 abril del 2015 por la prórroga de los pagarés N°45934, N°36432, N°106, N°849008, los apreciados de conformidad con las reglas reguladoras de la prueba permiten establecer que Cristian Correa Searle contrató a partir del año 2009 una serie de créditos que fueron

Foja: 1

documentados mediante cuatro pagarés, a saber, Pagaré N° 36432 por la suma de \$45.000.000 suscrito con fecha 29 de diciembre de 2009 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 24 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$17.500.000; Pagaré N° 045934 por la suma de \$10.050.000 suscrito con fecha 23 de diciembre de 2010 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 06 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$10.050.000; Pagaré N° 849008 por la suma de \$90.343.381 suscrito con fecha 14 de mayo de 2012 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 07 de enero de 2014, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$57.845.000; Pagaré N° 000106 por la suma de \$60.193.730 suscrito con fecha 14 de mayo de 2012 el cual fue sucesivamente prorrogado, venciendo la última prórroga el 24 de diciembre de 2013, siendo el saldo insoluto a dicha fecha la suma de \$17.500.000.

Que asimismo queda acreditado que como requisito del otorgamiento de los créditos antes indicados Cristian Correa Searle celebró con la demandada por cada uno de los créditos concedidos, sendos contratos de seguro de desgravamen y accidentes personales y/o cesantía e incapacidad temporal, los que quedaron regidos por las condiciones particulares de la Póliza 008 y las Condiciones Generales para Seguros de desgravamen código POL 209082 y POL 220130329 y que a lo menos en la fecha de la última prórroga de cada pagaré se presentó una propuesta de seguro de desgravamen para cada crédito firmadas cada una de ellas por Cristian Correa Searle.

Que de conformidad con la póliza indicada y las condiciones generales para seguros de desgravamen individualizadas en lo precedentes, se estableció que la póliza se otorgaba en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la compañía y en base a la cotización entregada por aquella al asegurado respecto de las condiciones, términos y modalidades del seguro. Que en cuanto a la duración se estableció el plazo de un año contado desde la fecha inicial de la vigencia, sin perjuicio de lo cual si una de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de sesenta días de la fecha de su vencimiento, la póliza se renovará automáticamente por igual periodo y la Compañía aseguradora establecerá las primas de acuerdo con los capitales asegurados señalados en las Condiciones Particulares.

Que de igual modo queda establecido que las partes acordaron que la cobertura cubría el riesgo de muerte natural o accidental del asegurado y el saldo insoluto de los créditos comerciales contratados por aquel a la fecha de su fallecimiento y que correspondía al asegurado y a quien contrate a su nombre declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar el estado de salud del Asegurado y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. Agrega que la veracidad de las declaraciones hechas por los asegurados o por el contratante, según fuere el caso, de acuerdo a lo que solicite el Asegurador en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en reconocimiento médico, cuando este corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y del contrato de seguro. Añade que si el siniestro no se ha producido y el asegurado o quien contrate por el hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias e

Foja: 1

inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el Asegurador de acuerdo a lo señalado anteriormente el Asegurador podrá rescindir el contrato. Se estableció además que transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el Asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.

QUINTO: Que a fin de establecer el cumplimiento del asegurado a las obligaciones legales y contractuales que nacieron para él con ocasión de la celebración del contrato de seguro de desgravamen, en lo que interesa a la causa de autos, la parte demandante rindió prueba testimonial consistente en las declaraciones de Gonzalo Valdés Opazo, Pablo Novoa Urenda, José Antonio del Solar Hansen y Bruno Nervi Nattero, quienes fueron interrogados legalmente y sin tacha a su respecto.

Que lo declarado por el primero de ellos no será considerado probatoriamente, ya que sus afirmaciones provienen de su experiencia laboral en materia de compañías de seguros y no de los hechos que configuran la causa, por lo que se ha tratado de introducir en la causa prueba pericial que no ha sido solicitada, ni decretada por el Tribunal.

Que el deponente Novoa Urenda afirmó que conoció a Cristian Correa porque le prestó servicios como veterinario para seleccionar dos cachorros que iban a llegar a su casa, lo que ocurrió en semana santa del año 2013, época en que aquel se notaba visiblemente débil y enfermo, teniendo dificultad para hablar y caminar.

Que el declarante Nervi Naterro, en su calidad de médico sostuvo que conoció Cristian Correa Searle por ser su paciente y que en el mes de octubre del año 2012 fue diagnosticado con cáncer pulmonar.

Que por su parte el testigo Novoa Urenda manifestó que fue el médico tratante de Cristian Correa Searle, quien atendido su diagnóstico- en el mes de julio de 2012- fue sometido a quimioterapia, razón por la que presentaba entre los meses de junio a agosto del año 2013, una notoria baja de peso, cierta alopecia y anemia, lo que le ocasionaba palidez en la piel y mucosas.

Que apreciadas las declaraciones precedentes de conformidad con lo dispuesto por el numeral segundo del artículo 384 del Código de Procedimiento, se tendrá por cierto lo declarado por aquellos.

SEXTO: Que el artículo 556 del Código de Comercio vigente a la fecha de la celebración de los contratos materia de autos prescribe que el asegurado estará obligado a: 1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.

SÉPTIMO: Que de conformidad con la norma legal transcrita y de la propia naturaleza del contrato de seguro y especialmente el de desgravamen, es posible afirmar que la buena fe contractual es un elemento fundamental en la relación existente entre los contratantes, por lo que aquella ha sido recogida por el Legislador como principio que rige la materia respectiva estableciendo así que el asegurado tiene un deber de información que lo obliga a dar a conocer

Foja: 1

a su asegurador todas las circunstancias que sean necesarias para determinar el riesgo que aquella asume respecto de la cosa asegurada y la extensión del riesgo que asume, permitiendo a aquél tomar una decisión suficientemente informada respecto de la aceptación del riesgo.

OCTAVO: Que en este orden de ideas, en autos se ha esgrimido como parte de la defensa de la demandada el incumplimiento por parte de asegurado de haber prestado una declaración exacta y sin reticencia acerca del estado del riesgo, particularmente del estado de salud del mismo, indicando que Cristian Correa Searle tomó conocimiento del cáncer que padecía en el mes de octubre del año 2012 y que en las prórrogas de los pagarés materia de autos efectuadas con posterioridad a dicha fecha el asegurado no entregó tal información a la demandada, circunstancias que a juicio de esta Sentenciadora han quedado suficientemente acreditadas en autos, mediante la declaración de los médicos tratantes del asegurado, como asimismo por la prueba documental acompañada, consistente principalmente en las propuestas de seguro de desgravamen de créditos presentadas la respectiva compañía cada vez que el asegurado renovó los pagarés, las que si bien fueron objetadas por falsedad por el actor, dicha impugnación fue desestimada, toda vez que la prueba pericial que consta en autos determinó la autenticidad de las firmas al sostener que estas pertenecían al asegurado. Que asimismo la falta de llenos de las respectivas propuestas de seguro no puede imputarse como responsabilidad del Banco de Chile o de la Compañía aseguradora, toda vez que dicha obligación pesaba sobre el asegurado quien simplemente no las completó manifestando así que al respecto nada tenía que declarar.

Que en nada altera asimismo la afirmación hecha por el actor y en la que sustenta fundamentalmente su acción, en el sentido de señalar que la única declaración válida de salud fue aquella que el asegurado suscribió al contratar originalmente cada uno de los seguros de desgravamen, ya que dicha alegación no resulta lógica en atención a lo ya expuesto, pues de ser de ese modo no habría resultado ser necesario la existencia de nuevas propuestas de seguro cada vez que se realizó una prórroga. Asimismo teniendo presente que los riesgos no constituyen una situación estática que no puedan variar en el transcurso del tiempo, no es posible pensar que al realizar una prórroga de los pagarés no fuere necesario realizar una nueva declaración de salud, ya que la demandada debía evaluar el riesgo que contenía para ella el volver a asegurar la obligación renovada.

NOVENO: Que finalmente en lo que respecta a la cláusula de indisputabilidad el actor manifiesta que de conformidad con la cláusula octava de la póliza de desgravamen colectivo que transcurridos dos años desde que se inicie el seguro el asegurado no podrá invocar reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiese sido dolosa, por lo que habiendo entrado los seguros en vigor en los años 2009, 2010 y 2012, resulta plenamente aplicable a la causa, ello no resulta efectivo ya que las últimas prórrogas de los pagarés datan del año 2012 y 2013, iniciándose en consecuencia cada uno de los seguros contratados con posterioridad a esa fecha.

DECIMO: Que atendido lo concluido y razonado en lo precedente es posible señalar que como lo ha sostenido la demandada hubo incumplimiento contractual por parte del asegurado al no haber efectuado sus declaraciones de salud con exactitud y veracidad por lo que la demandada ello conformidad con lo acordado por las partes al celebrar los contratos de seguro

Foja: 1

particularmente el inciso primero del artículo 1º de las condiciones generales de seguro colectivo de desgravamen y el artículo 556 Nº1 del Código de Comercio vigente a la fecha de la celebración de los contratos de seguros, por lo que solo cabe el rechazo de la demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, tal como se dirá en lo resolutivo de esta Sentencia.

EN CUANTO A LA DEMANDA RECONVENCIONAL DE NULIDAD DE CONTRATO:

UNDECIMO: Que a fin de establecer los antecedentes, hechos o circunstancias que harían ineficaz o privarían de sus efectos al contrato cuya declaración de nulidad se solicita, de conformidad con los antecedentes probatorios que han sido individualizados y ponderados en lo precedente y que por razones de economía procesal se dan por reproducidos, se ha concluido que el asegurado Cristian Correa Searle no cumplió con la obligación de efectuar una declaración de salud sincera y exacta, ya que tenía conocimiento a partir del mes de octubre del 2012 de encontrarse afectado por cáncer pulmonar, cuestión que no informó a la demandada al efectuar las propuestas de seguros de desgravamen, con posterioridad a la fecha indicada.

DÉCIMO SEGUNDO: Que el artículo 557 del Código de Comercio vigente a la época de la celebración de los seguros de desgravamen materia de autos, señala que el seguro se rescinde: 1º Por las declaraciones falsas o erróneas o por la reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieren retraeerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones.

DECIMO TERCERO: Que atendidas las conclusiones probatorias a las que se ha llegado en autos y el mérito de la norma transcrita en el motivo que precede, se procederá a acoger la acción reconvencional de nulidad de contrato y en consecuencia se ordena a la demandada a restituir las primas pagadas por el asegurado en virtud de los contratos de seguro de desgravamen celebrados con la compañía demandada.

DECIMO CUARTO: Que los restantes medios de prueba en nada alteran lo resuelto.

Y de conformidad al mérito de lo expuesto y teniendo además presente lo que disponen los artículos 1698 del Código Civil; 144, 160, 169, 170, 346 Nº1 y 384 Nº2 y 425 del Código de Procedimiento Civil, 556 Nº1 y 557 Nº1 del Código de Comercio, se declara:

I.- Que se rechaza la objeción documental deducida por la demandante a fs.296 reiterada a fs. 334;

II.- Que se rechaza la demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios deducida en lo principal de fs. 1;

III.- Que se acoge la demanda reconvencional de nulidad de contrato y en consecuencia ordena a la demandada a hacer restitución de las primas pagadas por el asegurado a la compañía demandada una vez que esta sentencia quede ejecutoriada.

Regístrate, notifíquese y archívese en su oportunidad.



C-7409-2015

Foja: 1

Rol 7409-2015.

Dictada por doña Rommy Müller, Juez Titular del Sexto Juzgado Civil de Santiago.

Autoriza doña María Elena Moya Gúmara. Secretaria Subrogante.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Santiago, veintiocho de Abril de dos mil diecisiete

