

~~PROYECTO~~
31526-300

20

JUZGADO CIVIL DE

JUEZ

Gonzalo Gómez Gallegos

CUADERNO

31526-300

SECRETARIO: Mtra. Juana Álvarez

DEMANDANTE(S)

Valencia & Vélez S.A.

DEMANDADOS(S)

Valencia & Vélez S.A.

2.-

3.-

Apoderados

1.- Ana María Gómez Gallegos

2.-

TOMO II

Apoderados

1.- José Luis Martínez Abogado

2.- Juana Álvarez Arenas Abogada

PROCEDIMIENTO

MATERIA

Cuaderno N° _____

Iniciado por

Fecha de Iniciación

USO JUZGADO:

USO II TMA. CORTE DE APPELACIONES

CORTE:

ING : CMI-2507-2011

Item : 0002

HA : 29/11/2011

RECURSO : Civil - A

ROL : 1C-31526-300

TRIBUNAL : CC Civil 4to

V/24

USO ILTMA. CORTE DE APPELACIONES

Relator

Doc. Agregados

D 9507-2011

USO ILTMA. CORTE SUPREMA

USO EXCMA. CORTE SUPREMA

Relator

Doc. Agre

Sra Juana Álvarez Arenas

Reconstitución



Santiago, siete de septiembre de dos mil quince.

VISTOS:

En estos autos Rol C-31526-2009 del 20º Juzgado Civil de Santiago, caratulados "Valenzuela y Valenzuela S.A. con Banchile Seguros de Vida S.A." se dictó sentencia con fecha 11 de octubre de 2011, escrita a fojas 401 y siguientes, en la cual se decidió, en lo que interesa: " i) Que se acoge la tacha interpuesta en contra del testigo Elena Catalán Delgado; ii) Que se rechaza la tacha interpuesta en contra del testigo Mauricio Ortiz Villagrán; y iii) Que se condena a pagar a la demandada Banchile seguros de vida S.A. a Valenzuela y Valenzuela S.A. la suma de \$42.699.000 y a las costas de la causa."

Contra esta sentencia se dedujeron por la demandada, en tiempo y forma, recursos de casación en la forma y apelación, que rolan a fojas 429. El arbitrio formal se sustentó en la omisión, por parte del sentenciador de instancia, del pronunciamiento debido respecto de las defensas, excepciones y acciones reconvencionales intentadas, recurso fundado en lo dispuesto por el artículo 768 N° 5, en relación con lo establecido en el artículo 170 N° 6, ambos del Código de Procedimiento Civil. Además, se alegó falta de fundamento en cuanto a lo efectivamente resuelto por la sentencia recurrida, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 768 N° 5 en relación con el 170 N° 4 del Código Adjetivo. Finalmente, la nulidad intentada se hizo consistir en que, además, habría incurrido el sentenciador en la omisión de diligencias esenciales de carácter probatorio, causal de invalidación prevista en el artículo 768 N° 9 del Código del ramo. En cuanto a la apelación, alega el recurrente que la sentencia impugnada habría errado gravemente al conceder una indemnización de perjuicios improcedente, sin que previamente se declarare el incumplimiento de las obligaciones del demandado y que se habría omitido considerar la excepción de exclusión de cobertura por preexistencia de enfermedad conocida del asegurado; alegando en subsidio, primero, la falta de



legitimación activa del recurrente por no haber soportado los gastos que se demandan y, segundo, la inexactitud de la determinación de la cuantía de los gastos médicos efectivamente incurridos por la demandante.

Con ocasión de la tramitación de los recursos, esta Corte ordenó, previo a entrar a la vista de la causa, que los autos volviesen a primera instancia a fin de que se procediese "a completar la sentencia definitiva de 11 de octubre de 2011, resolviéndose por el juez que corresponda la totalidad de las excepciones, defensas y acciones de las partes", según consta en resolución de fojas 560.

En cumplimiento de lo ordenado precedentemente, el sentenciador de instancia dictó sentencia complementaria con fecha 20 de enero de 2014, rolante a fojas 566, que agrega los considerandos décimo quinto a décimo octavo y que en lo resolutivo declara: "iv) Que se rechaza la demanda reconvencional interpuesta en otrosí de fojas 60 y siguientes Banchile Seguros de Vida S.A. en todas partes, con costas".

En contra de ésta, se alzó nuevamente la demandada, tanto mediante el arbitrio formal como el ordinario de apelación. En su recurso de casación en la forma, de fojas 571, hace ver que el complemento omite nuevamente pronunciarse sobre las defensas de improcedencia de la demanda y la subsidiaria de falta de legitimación activa, incurriendo con ello en la causal del artículo 768 N° 5 del Código de Procedimiento Civil; infracción a la que añade la de faltar los fundamentos de lo ahora decidido, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 170 N° 4 de dicho cuerpo legal, por lo que dicho complemento habría incurrido también en la causal del artículo 768 N° 4 del Código Adjetivo, al omitirse en éste toda referencia a la prueba que se habría rendido en autos para rechazar la acción reconvencional, dejando sin valorar las evidencias que enumera; y, además, en lo que presenta como otra causal omitir también las consideraciones de derecho que fundamentarían lo resuelto. En cuanto a la apelación que el tribunal ha errado al no acoger la demanda



reconvencional de nulidad del contrato por falta de interés asegurable, al no existir entre la persona asegurada y el contratante alguna relación que justifique la existencia de dicho interés; agrega, como segundo punto, que la sentencia yerra al rechazar la nulidad del contrato por omisión, error o reticencia, ya que la demandante habría conocido el estado de salud de la asegurada con anterioridad a la celebración del contrato, sin declararlo a la aseguradora, tal como lo ordena el artículo 556 N° 1 del Código de Comercio, sin que para ello le fueran exigibles conocimientos médicos detallados, como afirmaría el fallo recurrido.

Concedidos los recursos deducidos, el Tribunal Ad quem ordenó, según se lee a fojas 588, que: "vuelvan los autos a primera instancia a fin de que se proceda a completar la sentencia definitiva de 11 de octubre de 2011, resolviéndose por el juez que corresponda la totalidad de las excepciones, defensas y acciones de las partes".

La sentenciadora de instancia no dio cumplimiento a lo indicado precedentemente y, a fojas 597, se ordenó ampliar el decreto de autos en relación para conocer de los recursos de casación en la forma y apelación deducidos a fojas 571. No obstante lo anterior, a fojas 600, antes de proceder a la vista de la causa, la Primera Sala de esta Corte resolvió, nuevamente, que "vuelvan los autos a primera instancia, a fin de dar estricto cumplimiento a lo ordenado por esta Corte a fojas 562, debiendo pronunciarse sobre todas las excepciones formuladas por el demandado".

Una vez los autos en el tribunal a quo, por resolución que se lee a fojas 603, con fecha de 31 de julio de dos mil catorce, se complementó, por segunda vez, la sentencia de fojas 401, agregándose los considerandos décimo noveno a vigésimo sexto (con reiteración por error de numeración del considerando vigésimo tercero), sin añadir contenido declarativo. Contra esta sentencia complementaria, a fojas 612, se alzó la demandada en apelación por tres capítulos que ya había anunciado en sus anteriores apelaciones y que, en esta oportunidad, detalla latamente: 1) improcedencia de la



acción de indemnización por ser la acción intentada subsidiaria de una de incumplimiento contractual no acreditado; 2) inexacta valoración de los gastos médicos efectivamente incurridos; y 3) falta de legitimación activa de la demandante, por no haber ésta hecho gasto médico alguno a favor de los asegurados. A dichos capítulos agrega uno nuevo, 4) consistente en aseverar la improcedencia del daño moral como concepto indemnizable a una persona jurídica que, por su propia naturaleza, no podría sufrir el daño familiar en que se fundaría la demanda y la sentencia recurrida para acogerla. Respecto de este recurso, esta Corte dispuso que el Tribunal de primera instancia diese estricto cumplimiento a lo ordenado a fojas 562, "*debiendo pronunciarse sobre todas las excepciones formuladas por el demandado*". Este recurso fue declarado, posteriormente deserto por resolución de veintitrés de septiembre de dos mil catorce, escrita a fojas 640.

A fojas 656, esta Corte reitera lo decretado, en orden a que se complemente efectivamente la sentencia de primera instancia, pronunciándose el Tribunal a quo sobre todas las excepciones alegadas en la causa, toda vez que no existía resolución alguna en el complemento de sentencia de fojas 603. El tribunal del grado procedió a dictar la tercera y definitiva sentencia complementaria de fojas 401, mediante resolución de 16 de diciembre de 2014, rolante a fojas 657, en el que se agrega un nuevo considerando, vigésimo séptimo, y se declara: "*v) que se rechazan las excepciones de 1).- la acción deducida es formalmente improcedente 2) Exclusión de cobertura 3) falta de legitimación activa, 4) En Subsidio, Gastos Médicos Efectivamente Incurridos, 5) improcedencia el daño moral en contra de contrato de seguros, interpuestas en otrosí de fojas 60 y siguientes por Banchile Seguros de Vida S.A., en todas sus partes, con costas.*"

En contra esta resolución, interpuse la perdidosa recurso ordinario de apelación, renovando y profundizando sus argumentos en torno a los siguientes acápite: improcedencia de la acción de indemnización de perjuicios



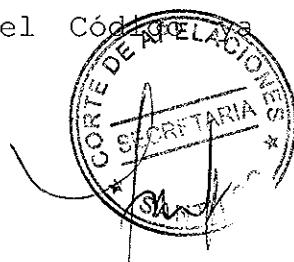
sin que se haya previamente solicitado la resolución o cumplimiento forzado del contrato del que derivarían; 2) inexactitud de la determinación de los gastos médicos, efectivamente incurridos; 3) falta de legitimación activa de la sociedad demandante, por no ser ella quien habría incurrido en los gastos que se pretenden indemnizar; 4) improcedencia del daño moral a que se le condena, porque no es familiar de la asegurada; 5) procedencia de la acción de nulidad del contrato de seguro, fundante de la demanda e intentada por la vencida como demanda reconvencional, al faltar interés asegurable, por no existir relación alguna entre la contratante y la asegurada; y 6) procedencia de la acción de nulidad del contrato origen de esta causa, al no haber declarado la asegurada a la aseguradora, el conocimiento de la enfermedad que la aquejaba al momento de asegurarse. Concedido el recurso interpuesto, se ordenó traer estos autos en relación.

CONSIDERANDO:

I.- En cuanto a los recursos de casación en la forma:

A.- Respecto del recurso deducido a fs. 429, interpuesto en contra de la sentencia definitiva de 11 de octubre de 2011:

PRIMERO: Que, éste se fundamenta en las siguientes causales: 1) Omisión de pronunciamiento sobre todas las excepciones y acciones intentadas por la recurrente, lo que originaría la infracción sancionada en el artículo 768 N° 5 del Código de Procedimiento Civil en relación al artículo 170 N° 6 del citado cuerpo legal; 2) Infracción contemplada en la causal del N° 5 del citado artículo 768, al carecer el fallo -a juicio del recurrente- de las consideraciones de hecho y de derecho a que obliga el N° 4 del artículo 170 del Código Adjetivo; y 3) Omisión de diligencias esenciales, de carácter probatorio, cuya infracción se recogería en el artículo 768 N° 9 en relación con el artículo 795 N° 4 del Código citado.



SEGUNDO: Que con respecto a la primera causal invocada, esto es, la del artículo 768 N°5 del Código de Procedimiento Civil en relación al artículo 170 N°6 de dicho Código, lo cierto es que el primero y el último de los complementos de la sentencia recurrida, ordenados por esta Corte y rolantes a fojas 566 y 657, respectivamente, resuelven el total de las excepciones y acciones deducidas por la demandada, razón por la que el arbitrio formal ha de rechazarse.

TERCERO: Que en cuanto a la segunda causal invocada para este primer arbitrio formal, alega el recurrente que la falta de fundamentación consistiría en que "la sentencia no efectúa la apreciación de la prueba rendida en autos, sino que solamente se limita a enunciarla sin valorarla", extendiéndose en la enunciación de la prueba documental que, a su juicio, "el sentenciador no ha valorado". Esta causal tampoco puede prosperar, por cuanto su fundamento es susceptible de revisión por medio del recurso de apelación interpuesto subsidiariamente, siendo susceptible de repararse por esa vía, por lo que el eventual perjuicio no es de aquellos que sólo se subsana con la invalidación del fallo, no dándose cumplimiento con lo establecido en el artículo 768 inciso 3º del Código de Procedimiento Civil.

CUARTO: Que el último capítulo de este primer recurso procesal, se fundamenta en la denuncia de haberse omitido trámites esenciales previos al pronunciamiento de la sentencia, que el recurrente identifica como tales por consistir en la práctica de diligencias probatorias, cuya omisión podría producir la indefensión, en los términos del N° 4 del artículo 795 del Código de Procedimiento Civil, en relación con el N° 9 del artículo 768 de ese mismo cuerpo legal, lo que se rechazará toda vez que, consta de los autos que esta diligencia fue decretada por esta Corte y, además, se llevó a efecto en esta instancia, como consta de fojas 549.

B.- Respecto del recurso de casación en la forma deducido a fs. 871 contra la primera



complementaria, de fecha 20 de enero del año 2014, rolante a fojas 566.

QUINTO: Que en este arbitrio se reiteran dos de las alegaciones formuladas contra la sentencia, a pesar de su complemento: I) que la sentencia recurrida y su complemento seguirían sin pronunciarse sobre el total de las defensas y excepciones intentadas, configurándose así la causal del artículo 768 N° 5 del Código de Procedimiento Civil, con relación al N° 6 del artículo 170 de dicho cuerpo legal; II) Que complementada la sentencia recurrida, ésta seguiría sin contener los fundamentos que sirvan para tener por probados o no los hechos de la causa, al omitir valorar la documental que detalla, lo que a su juicio implicaría una infracción a lo dispuesto en el N° 4 del artículo 170 en relación con el artículo 768 N° 5, ambos del Código Adjetivo; y se agrega una causal nueva, la referida exclusivamente a este complemento, según la cual, adolecería la sentencia complementaria de falta de fundamentos de hecho y de derecho, como lo exige el N° 5 del artículo 170 del Código Procedimental, lo que constituiría, por este nuevo motivo, también la causal de anulación del artículo 768 N° 4 (sic), del mismo Código.

SEXTO: Que con respecto a los dos primeros capítulos de este segundo arbitrio, conteniendo idénticas alegaciones que las de los dos primeros del intentado a fojas 429, ambos serán rechazados por las mismas consideraciones expresadas en los considerandos segundo y tercero precedentes, que se tienen por enteramente reproducidos.

SÉPTIMO: Que sobre la causal del artículo 768 N°4 (sic) del Código de Procedimiento Civil relativo al artículo 170 N° 5 del mismo Código, el recurrente de fojas 571 explica que al complementarse la sentencia por la señora Juez A quo, no se efectuó enunciación alguna de las leyes o, en su defecto, de los principios de equidad con arreglo a las cuales ella se dictó. Como puede apreciarse, el fundamento de la causal no se condice con el motivo que da cuenta el vicio alegado el numeral 4º del artículo 768 del Código de Procedimiento Civil dice relación con que la sentencia "debe haber sido



dada en ultrapetita", aspecto que en modo alguno aborda el recurrente al fundamentar esa causal. Por lo tanto, siendo el recurso de casación en la forma de derecho estricto, en este aspecto también debe ser desestimado.

OCTAVO: Que de acuerdo con los razonamientos antes esgrimidos, debe señalarse que las alegaciones fundantes de este último capítulo de casación son de similar contenido y persiguen el mismo objetivo que la apelación deducida en el segundo otrosí del escrito que la contiene, rolante a fojas 571, y en la contenida a fojas 661, de modo que de existir el vicio, puede ser corregido por la vía de esos recursos, interpuestos en contra de la sentencia de 11 de octubre de 2011, complementada con fechas de 20 de enero de 2014 y de 16 de diciembre del mismo año, respectivamente, lo que constituye razón suficiente para que de conformidad con el artículo 768 inciso penúltimo del Código de Procedimiento Civil, el recurso no pueda prosperar.

NOVENO: Que, en consecuencia, y en atención a las consideraciones precedentes, los recursos de casación en la forma rolantes a fojas 429 y fojas 571, interpuestos contra la sentencia de fecha once de octubre de dos mil once, dictada a fojas 401 y siguientes, y complementada con fecha de veinte de enero de dos mil catorce, a fojas 566, respectivamente, serán rechazados.

II.- En cuanto a los recursos de apelación deducidos:

Se reproduce la sentencia en alzada y las sentencias complementarias, con las siguientes modificaciones:

1.- Sentencia definitiva de once de octubre de dos mil once (fs. 401 y siguientes, Tomo I)

En su parte expositiva, se introducen las siguientes modificaciones: A fojas 401, línea 5, se incorpora la expresión "que", entre los términos "señala" y "demanda", en las líneas 9 y 24, se reemplaza la palabra "celebro" por "celebró". A fojas 402, segunda línea se sustituye palabras "... señala que:" por la frase "... en la que se señala,



a modo síntesis:"; en el cuarto párrafo, se reemplaza "cito" por "citó".

Se suprimen los considerandos undécimo, duodécimo, décimo tercero, décimo cuarto, y se le introducen, además, las siguientes modificaciones:

En el considerando primero, primer párrafo, se sustituye "declaró" por "declaró".

En el considerando cuarto, línea quinta, se cambia la palabra "celebro" por "celebró"; en la línea octava, se trueca la palabra "realizo" por "realizó"; en la línea once, se intercala entre "Por lo" y "firmó", la expresión "que"; en la misma línea, se sustituye la palara "señalo" por "señaló"; en la línea dieciséis, se cambia la palabra "da" por "de", antes de "seguro"; en la línea treinta y tres, se intercala la palabrea "el", entre las expresiones "con" y "deber"; en la línea cuarenta y ocho, después de "Asimismo", se agrega una coma (,); en la línea cuarenta y nueve, se reemplaza la palabra "aquejaba" por "aquejada"; en la línea cincuenta y seis, después de "esta póliza" se sustituye la coma (,) por un punto seguido (.). En la misma línea, se reemplaza "atendido" por "Atendido"; en la línea ochenta y tres, se introduce un punto aparte, después de "(veinte millones de pesos)." y antes de "El Derecho..."; en la línea ciento uno, entre "fe" y "se desprende" se agrega una "," entre "fe" y "se desprende" se intercala una coma (,).

En el considerando quinto, línea trece, se introduce una coma (,), entre las palabras ""perjuicios" y "nada"; en la línea dieciocho, se agrega una coma (,) después de "Entonces" y previo a "de"; en la línea veinte, se suprime después del punto seguido la palabra y el signo siguiente: "Entonces,"; en la misma línea, se escribe con mayúscula inicial "Siendo"; en la línea veintiocho, se suprime la conjunción "y" después de la "," y antes de " porque"; en la línea sesenta y nueve, se sustituye la palabra " declaró" por "declaró"; en la línea setenta y siete, se agrega una "," después de "contrato" y antes de " toda vez"; en la línea ciento dieciséis, se cambia la palabra "cado" por "caso"; en la línea ciento treinta y



ocho, se agrega un punto aparte después de "improcedente" y "Pide";

En el considerando sexto, fojas 411, última línea, se sustituye "d" por "de", entre los términos "incumplimiento" y "esa"; en la línea treinta y siete del mismo párrafo, se cambia la palabra "personal" por "persona"; y, luego, en la línea treinta y nueve, se introduce una coma (,), entre "seguro" y "la".

En el considerando undécimo, se reemplaza "contrato" por "contrató"; se sustituye el trozo "que obviamente los asegurados por la naturaleza del seguro eran los socios participantes de la sociedad, que son en este caso", por "cuyos asegurados asociados eran, en calidad de titular,".

2.- Sentencia complementaria de veinte de enero de dos mil catorce. (Fs. 566 y siguientes, Tomo II)

Se suprimen los considerandos décimo sexto y décimo octavo.

Se introduce en el considerando décimo séptimo, las siguientes modificaciones: Se reemplaza el punto seguido (.) entre "Reticencia" e Infracción" por la conjunción "e"; se sustituye el punto seguido (.) entre "Sinceridad" y "Como hechos", por una coma (,), seguido de las palabras "cabe señalar..."

3.- Sentencia complementaria de treinta y uno de julio de dos mil catorce. (Fs. 603 y siguientes, Tomo II)

Se suprimen sus considerandos vigésimo segundo, vigésimo tercero, vigésimo quinto, vigésimo sexto y vigésimo séptimo.

En el considerando vigésimo primero, se suprime el párrafo final que se inicia con "Al tenor de las pruebas documentales..." y culmina con "... doña María Elena lobos Robledo".

En el considerando vigésimo cuarto, se elimina la expresión "en el considerando precedente".

Y se tiene en su lugar, además, presente:



DÉCIMO: Que respecto del recurso de apelación de fojas 429, deducido por la demandada principal en contra la sentencia, rolante a fojas 401, de fecha 11 de octubre de 2011, éste se funda en cuatro capítulos: 1) que la acción deducida es formalmente improcedente, por no corresponder una indemnización de perjuicios ante un contrato, cuyo cumplimiento forzado o resolución no se solicita; 2) que la asegurada se encontraba en el caso de exclusión de cobertura, por tener conocimiento de la enfermedad antes de suscribir el seguro; 3) que, en subsidio, se plantea que el actor carecería de legitimación activa, por no haber acreditado que incurrió en los gastos médicos que reclama; y 4) también en subsidio, que los gastos médicos por los que se le condena no son aquellos en que efectivamente habría incurrido la actora, siendo inexacto su monto.

UNDÉCIMO: Que respecto del primer capítulo de apelación, el recurrente expresa que es improcedente deducir la acción de indemnización de perjuicios de manera independiente o autónoma de la solicitud del cumplimiento compulsivo o forzado de la obligación, o en su defecto, de la resolución del contrato. Sostiene que sólo optando por una de estas vías, el ordenamiento jurídico permite solicitar conjuntamente la indemnización de los perjuicios irrogados. Explica que el sentenciador ha incurrido en un error, al estimar que no existe obstáculo para que la sociedad demandante interponga dicha acción, sin ejercer las facultades propias de la condición resolutoria tácita establecida en el artículo 1489 del Código Civil.

DUODÉCIMO: Que con respecto a esta alegación, se rechazará coincidiendo esta Corte con el razonamiento del Tribunal a quo, ya que no es requisito para impetrar la acción de indemnización de perjuicios que se solicite también la resolución del contrato o el cumplimiento forzado de la obligación, desde el momento que el legislador no lo ha prohibido de manera expresa, por lo que el actor puede optar por la vía que en mejor forma repare el presunto incumplimiento de contrato.



DECIMOTERCERO: Que en su segundo acápite, el apelante de fojas 429, alega que debió acogerse su excepción de exclusión de cobertura, señalando que don Sergio Eduardo Valenzuela Tello, representante del contratante del seguro, la sociedad Valenzuela y Valenzuela S.A., conocía acerca de la dolencia de su cónyuge y asegurada doña María Elena Lobos Robledo, "toda vez que fue exactamente 8 días después de haber contratado el seguro que se procedió a efectuar una ecotomografía en virtud de la cual se le diagnosticó finalmente la enfermedad de cáncer, cuya cobertura reclama en autos", por lo que es del parecer que se trataría de una enfermedad preexistente, y que debió declararse por el contratante al momento de suscribirse el contrato.

DECIMOCUARTO: Que del propio tenor de las alegaciones del demandado, se desprende que el conocimiento de la enfermedad de cáncer de la asegurada, cuya cobertura se reclama, tanto por parte de ésta como de su cónyuge, representante legal de la contratante del seguro, se habría producido después de realizada la ecotomografía, debido a la cual se le diagnosticó dicha enfermedad, hecho que, según reconoce la propia apelante, habría ocurrido al menos ocho días después de contratado el seguro, esto es, dentro de su período de cobertura, el que habría comenzado el día 13 de agosto de 2008, según se señala en la carta remisora de la póliza, acompañada a fojas 1 de autos, emitida por un representante de la demandada con fecha 1 de septiembre de 2008.

DECIMOQUINTO: Que por otra parte, los documentos aportados por la demandada, rolantes a fojas 338 y 339, dan cuenta de intervenciones médicas de fechas 22 de agosto, 20 de octubre y 4 de noviembre de 2011, todas posteriores a la fecha de vigencia del seguro cuya cobertura se reclama, por lo que de ellos no puede inferirse o presumirse que la enfermedad por la cual se solicita la cobertura, haya sido conocida, primero por la paciente, y luego por su cónyuge y representante legal de la contratante del seguro. anterior cabe añadir que la pérdida de peso



antedecedente que podría considerarse anterior a la fecha de vigencia del seguro- según la *anamnesis* de fojas 339 habría comenzado diez meses antes del mes de noviembre de 2008, esto es, aproximadamente en abril de ese año, no es una "lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado", que éste debió declararse, según los términos de la Póliza cuya cobertura se reclama. Además, se trata, en todo caso, de un único antecedente o indicio de referencia que, por sí mismo, carece de valor para tener por acreditada la inferencia o presunción que de él extrae la sociedad demandante, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1712 del Código Civil y 426 del Código Adjetivo y, por tanto, que permita desvirtuar el hecho acreditado en el considerando duodécimo de la sentencia recurrida, en el sentido que, a la fecha de suscribirse el contrato de seguro, don Sergio Edgardo Valenzuela Tello no conocía la enfermedad que padecía doña María Elena Lobos Robledo, lo que sólo habría ocurrido el día 4 de noviembre de 2008, esto es cuando se le entregó el resultado del examen que determinó la existencia de un Cáncer de Colon Sigmoides Metastásicos.

DECIMOSEXTO: Que la apelante de fojas 429 fundamenta su tercer capítulo de apelación -en subsidio de los anteriores- en el hecho de carecer el reclamante de legitimación activa, por cuanto sostiene que el artículo 1º de la póliza fundante de la reclamación, limita la cobertura de la misma al reembolso de "los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos por el asegurado", "pues la sociedad demandante no ha sido la que ha incurrido en los gastos de salud cuyo reembolso pretenden".

DECIMOSEPTIMO: Que al respecto, al acogerse la reposición de la sociedad demandante respecto del auto de prueba de fojas 117, se fijó por resolución rolante a fojas 125 el siguiente punto de prueba: "3º.- Efectividad de que la demandante incurrió en gastos médicos cubiertos por la póliza, montos de éstos y cantidad que ha sido cubierta por el sistema previsional y cualquier otro beneficio médico que tenga el asegurado".



DECIMOCTAVO: Que de conformidad con la regla prescrita en el artículo 1698 del Código Civil, "corresponde probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o éstas", debiendo, en consecuencia, la sociedad demandante en estos autos acreditar la efectividad de los gastos médicos en que habría incurrido.

DECIMONOVENO: Que la copiosa documental agregada a estos autos, cuyas objeciones fueron desechadas por resolución de fojas 357, no acredita que la sociedad demandante haya incurrido efectivamente en los pagos por gastos médicos, cubiertos por la póliza origen de este pleito. En efecto:

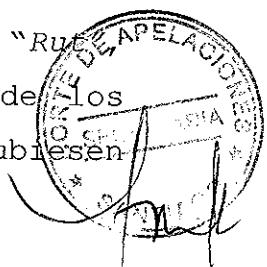
A. En cuanto a la documental rendida:

i.- A fojas 137, rola denuncio de siniestro hecho por la propia sociedad demandante, en que no se da cuenta general ni específica de pago alguno realizado por ella;

ii.- A fojas 141, rola copia de boleta de ventas y servicios no afectos o exentos de I.V.A. emitida por el Hospital del Trabajador con fecha 26 de septiembre de 2008, por el monto que indica, donde figura únicamente el nombre manuscrito "María Lobos Robledo" y un timbre de caja que dice "cancelado", sin que aparezca en ella que el pago ha sido efectuado por la sociedad demandante;

iii.- A fojas 142, rola copia de "Estado de Cuenta Oficial" emitido por el Hospital del Trabajador con fecha 26 de septiembre de 2008, por el monto que indica, donde figura únicamente el nombre del paciente MARIA LOBOS ROBLEDO, la previsión ISAPRE BANMÉDICA S.A. y un timbre de caja que dice "cancelado", sin que aparezca en ese Estado de Cuenta que el pago ha sido efectuado por la sociedad demandante;

iv.- A fojas 148, 150, 151, 152, 154, 156, 157, 162, 163, 164, 167, 169, 170, 172, 173, 176, 179, 188, 190, 191, 201, 203, 214, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 225, 230, 232, rolan sendos Estados de Cuenta Oficial emitidos por CLÍNICA SANTA MARÍA entre el 21 de octubre de 2008 y el 6 de abril de 2009, del "paciente" LOBOS ROBLEDO MARÍA ELENA, "Ruta APELACIONES 5.272.056-7, con "previsión", BANMÉDICA, en ninguno de los cuales se señala que los montos que allí se indican, hubiesen



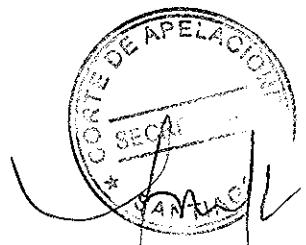
sido pagados y que el pago hubiese sido efectuado por la sociedad demandante, Sociedad Valenzuela y Valenzuela S.A.;

v.- A fojas 160, 161, 165, 166, 174, 175, 180, 181, 182, 185, 186, 187, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 226, 227, 228, 229, 238, 255, 256, 265, y 329 rolan sendas copias de boletas de ventas y servicios no afectos o exentos de I.V.A., por los montos que allí se indican y con su respectiva numeración y timbre de haber sido pagados o cancelados, emitidas indistintamente por CLÍNICA SANTA MARÍA S.A., SERVICIOS MÉDICOS SANTA MARÍA LTDA. y ASOCIACIÓN MÉDICA SANTA MARÍA S.A, donde sólo figura el nombre del paciente LOBOS ROBLEDO MARIA ELENA y el de su institución previsional, BANMÉDICA, sin que aparezca en ellas que el pago ha sido efectuado por la sociedad demandante;

vi.- A fojas 290, 292, 294, 296, 298, 300, 302, 304, 306, 308, 310, 312, 314, 316, 319, 321, 323, 326 y 328 rolan sendas copias de solicitudes de examenes ambulatorios, emitidos indistintamente por CLÍNICA SANTA MARÍA S.A., SERVICIOS MÉDICOS SANTA MARÍA LTDA. y ASOCIACIÓN MÉDICA SANTA MARÍA S.A, donde sólo figura el nombre del paciente LOBOS ROBLEDO MARIA ELENA y el de su institución previsional, BANMÉDICA, sin que aparezcan en ellas que el pago ha sido efectuado por la sociedad demandante;

vii.- En cada una de las fojas rolantes bajo los números 234 a 237, 239 a 254, 257 a 264, 266 a 289, 291, 293, 295, 297, 299, 301, 303, 305, 307, 309, 311, 313, 314, 317, 318, 320, 322, 324, 325 y 327, figuran copias de diversos bonos de prestación de servicios médicos, sea de reembolsos, ambulatorios o de exámenes, correspondientes a las prestaciones individualizadas en los números anteriores y en las que figuran, en todos y cada uno de ellos como "beneficiario" y "cotizante" MARIA ELENA LOBOS ROBLEDO, "Rut" 5.272.056-7 y un timbre de caja, sin que se indique en modo alguno que los copagos a que se obliga la cotizante y beneficiaria hayan sido efectuados por la sociedad demandante.

B. En cuanto a la prueba testimonial



Que respecto de la testimonial, rolante a fojas 133, ésta no permite acreditar el pago de conformidad con los artículos 1708 y 1709 del Código Civil y, a mayor abundamiento, ninguno de los testigos presentados por la sociedad demandante, la Sra. Elena Coralia Catalán Delgado y el Sr. Mauricio Andrés Ortiz Villablanca, dan cuenta de que ésta hubiese efectuado pagos por gastos médicos, su monto, fecha, lugar u ocasión.

C. Respecto de la exhibición de documentos:

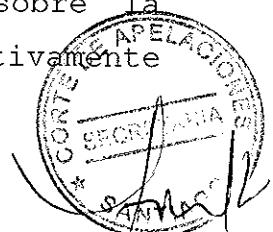
Habiendo sido la sociedad demandante llamada a exhibir su documentación contable bajo apercibimiento legal, según se ordenó a fojas 479 por esta Corte, ésta no exhibió los documentos decretados, por lo cual se hizo efectivo dicho apercibimiento, según consta a fojas 549. En consecuencia, la exhibición decretada, no resultó útil para probar las aseveraciones de esa parte.

D. Prueba confesional.

Que por último, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1713 del Código Civil, la declaración del representante de la sociedad demandante contenida a fojas 467, en orden a que "todo se ha pagado a través de Valenzuela y Valenzuela S.A.", carece de eficacia probatoria, ni aún para constituir una base de presunción, por cuanto se trata únicamente de una declaración en beneficio propio, que no aparece respaldada por ningún antecedente que corrobore esa declaración.

VIGÉSIMO: Que, por todo lo razonado debe concluirse que los antecedentes probatorios allegados al proceso, particularizados precedentemente, resultaron insuficientes para acreditar que la sociedad demandante pagó las prestaciones médicas alegadas y, por tanto, corresponde rechazar su cobro.

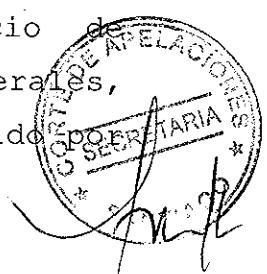
VIGESIMOPRIMERO: Que habiéndose acogido la alegación antecedente, no cabe a esta Corte pronunciarse sobre la alegación subsidiaria por los gastos médicos efectivamente incurridos.



VIGESIMOSEGUNDO: Que respecto de la improcedencia del daño moral, la apelante fundamenta su solicitud en el hecho de que la sentencia recurrida pareciera confundir la familia de la asegurada con la de la contratante, en circunstancias que siendo la contratante una sociedad comercial, no tiene familia y como tal, no puede alegar el "daño familiar".

VIGESIMOTERCERO: Que el fallo en estudio, en su considerando decimocuarto original estimó procedente otorgar el daño moral *por la afección que padecieron como grupo familiar, al pensar que están cubiertos de una enfermedad catastrófica y que no fue así ya que la demandada incumplió el contrato de seguro*. Con este razonamiento la sentencia de instancia ha incurrido en un error, al haber atribuido a la sociedad demandante, un ente jurídico, relaciones de familia de las que carece y no tiene aptitud para desarrollar, por lo que contraviene los artículos 28 del Código Civil y 31 del Código de Comercio. Siendo así, por este solo hecho, la acción indemnizatoria por daño moral no puede prosperar, aún en el supuesto que la sociedad demandante tuviese legitimación activa para accionar, cuestión que en la especie no sucede como ha quedado establecido en los considerandos precedentes.

VIGESIMOCUARTO: Que, por otra parte, y siempre con relación a la acción de indemnización de perjuicios por concepto de daño moral, a mayor abundamiento, no procede en el caso sub-lite la reparación del mismo, por no haberse acreditado debidamente la concurrencia de sus requisitos, particularmente el relativo a la relación causal entre los hechos alegados y el detrimiento de un derecho subjetivo no patrimonial de la sociedad demandante; si bien, una persona jurídica no puede ser titular de derechos personalísimos, como el de identidad u honor subjetivo, si puede serlo respecto de un derecho al nombre, a la reputación, a la honra, por lo que daños al patrimonio moral de ésta si deben generar el consiguiente resarcimiento. Sin perjuicio de aquello, en materia probatoria rigen las reglas generales, por lo que se requiere de conformidad con lo establecido

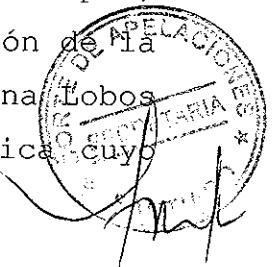


el artículo 1698 del Código Civil, que el peticionario acredite sus proposiciones, esto es que sufrió un daño cierto y real, sin que pueda darse por establecido a priori el agravio, su entidad y magnitud y las consecuencias que de él se han derivado.

VIGESIMOQUINTO: Que del análisis de la prueba aportada por la sociedad demandante, que fuera enumerada en el considerando decimonoveno de la presente sentencia, no se constata que la empresa demandante haya sufrido un desmedro en su nombre o reputación, que haga procedente la indemnización por daño moral solicitada fundada en el dolor, pesar y molestias que sufrió en su sensibilidad física, sentimental, creencias y afecto, ya que tales afectaciones no fueron objeto de prueba, razón que corrobora que esta acción no puede prosperar.

VIGESIMOSEXTO: Que conforme a todo lo razonado precedentemente, no obstante que sí se acreditó la existencia del contrato de seguros entre las partes, en cambio, no se logró probar los fundamentos de la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, al no haberse establecido por la demandada que incumplió el contrato, la existencia de daños y la relación causal, por lo que corresponde rechazar la acción de indemnización de perjuicios, por responsabilidad contractual.

VIGESIMOSEPTIMO: Que la demandada principal y demandante reconvencional, dedujo recurso de apelación, a fojas 571, en contra de la sentencia complementaria de autos, de 20 de enero de 2014, rolante a fojas 566, y que rechazó en lo dispositivo su demanda reconvencional. Funda su recurso en que dicha sentencia habría infringido lo dispuesto en los artículos 518 y 569 del Código de Comercio, vigentes a la fecha de celebración del contrato, por cuanto faltaría en éste un elemento esencial consistente el interés asegurable. Explica que la contratante, la sociedad demandante principal, no tendría interés pecuniario alguno en la conservación de María Elena Lobos Robledo, puesto que la primera es una persona jurídica cuyo



giro no es la prestación de servicios de salud, en tanto, que la segunda, una natural.

VIGESIMOCTAVO: Que el artículo 518 del Código de Comercio establecía a la época de celebración del contrato impugnado que "de parte del asegurado se requiere, además de la capacidad legal, que tenga al tiempo del contrato un interés real en evitar los riesgos, sea en calidad de propietario, copartícipe, fideicomisario, usufructuario, arrendatario, acreedor o administrador de bienes ajenos, sea en cualquiera otra que lo constituya interesado en la conservación del objeto asegurado", declarando, en su inciso segundo, que "El seguro en que falte este interés es nulo y de ningún valor". Por su parte, el artículo 569 del entonces vigente Código de Comercio disponía que "la vida de una persona puede ser asegurada por ella misma o por un tercero que tenga interés actual y efectivo en su conservación".

VIGESIMONOVENO: Que son hechos no discutidos en esta causa que el contrato de seguros, cuya nulidad se pide por la actora reconvencional es uno denominado por las partes SEGURO INDIVIDUAL DE SALUD CATASTRÓFICO y la póliza que lo regula como PÓLIZA DE PRESTACIONES MÉDICAS N° I0140863, según se expresa en las Condiciones Particulares y la Póliza respectiva, rolantes a fojas 2 y 8 de autos, en las cuales se da cuenta que se considera como asegurado no sólo al titular del mismo, individualizado en las Condiciones Particulares, sino también a su cónyuge en caso de haberla aceptado la Compañía (Artículo 3º, letra b) de la Póliza), y que la Compañía aceptó como titular a don SERGIO EDGARDO VALENZUELA TELLO y, como cónyuge del mismo, a doña MARÍA ELENA LOBOS ROBLEDO, según aparece en el cuadro de "Asegurados Asociados" que se encuentra en la parte final de la hoja 8/8 de las Condiciones particulares, rolante a fojas 6 vta.

TRIGÉSIMO: Que la propia Póliza de Prestaciones Médicas antes referida, señala que se encontraba previamente inscrita en el Registro de Pólizas bajo el Código POL-2 99 003.

TRIGÉSIMOPRIMERO: Que los documentos antes referidos permiten presumir, de conformidad con lo dispuesto en el



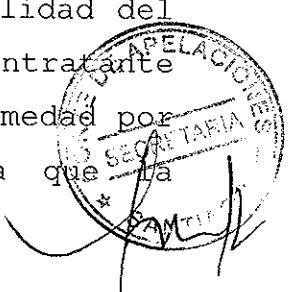
artículo 1713 del Código Civil, que la actora reconvencional estaba en conocimiento, previo a la celebración del contrato, cuya nulidad pretende, que la Póliza que lo regularía permitía asegurar al cónyuge de quien se designara como titular en las respectivas Condiciones Particulares, quien no necesariamente debía ser el contratante.

TRIGESIMOSEGUNDO: Que en tales circunstancias y lo dispuesto en el artículo 1683 del Código Civil, impide acoger la nulidad deducida, por cuanto de ser efectivo el vicio alegado, no puede alegarlo la actora, pues se trata de la parte que sabía o debía saber el vicio que invalidaría el acto.

TRIGESIMOTERCERO: Que, a mayor abundamiento, cabe señalar que el vicio alegado por la actora reconvencional no existe en el contrato que se trata, pues lo que el artículo 518, del entonces vigente Código de Comercio, disponía era que el interés asegurable existiese "de parte del asegurado", no de parte del contratante. Y es un hecho público y notorio que la conservación de la salud de cada cual es "un interés real en evitar los riesgos", esto es, un interés "en la conservación del objeto asegurado", como prevenía el mencionado artículo 518 del entonces vigente Código de Comercio, hecho que no ha sido desvirtuado, en la especie, por prueba alguna de parte del demandante, a quien correspondía dicha carga, de conformidad con lo señalado en el artículo 1698 del Código Civil.

Además, no tratándose de un seguro de vida, carecen de relevancia las alegaciones de la actora reconvencional, en relación con lo dispuesto en el vigente artículo 569 del Código de Comercio al tiempo de suscribir el contrato respectivo.

TRIGESIMOCUARTO: Que, finalmente, la actora reconvencional en su apelación, de fojas 571, alega que yerra la sentencia de primera instancia al rechazar la nulidad del contrato por la omisión, error o reticencia de la contratante al no declarar la supuesta preexistencia de la enfermedad por la cual se habría originado esta causa. Expresa que la



sentencia complementaria de fecha 20 de enero de 2014, rolante a fojas 566, sería ilógico, al exigir un conocimiento médico de parte de los asegurados, cuando no es esta clase de conocimiento el que exigiría N° 1 del artículo 566 del Código de Comercio, vigente a la época; no se encontraría fundado, en antecedentes probatorios, que le permitiesen concluir que los demandados reconvencionales estuviesen llenos a practicarse los exámenes de reconocimiento que la demandante reconvencional no les habría exigido oportunamente; y que en el tenor de lo sentenciado, se apreciaría animadversión en contra de su parte, a través de la incorrecta expresión de juicios de carácter personal.

TRIGESIMOQUINTO: Que como ha quedado acreditado en este fallo, y se ha concluido en el mismo, que las pruebas aportadas por el actor reconvencional han sido insuficientes para desvirtuar el hecho establecido en el considerando duodécimo de la sentencia de fojas 401, en el sentido que, a la fecha de suscribirse el contrato de seguro, don Sergio Edgardo Valenzuela Tello no conocía la enfermedad que padecía doña María Elena Lobos Robledo, conocimiento que sólo habría adquirido el día 4 de noviembre de 2008, por lo que no tiene la calidad de enfermedad preexistente el Cáncer de Colon Sigmoides Metastásicos.

TRIGESIMOSEXTO: Que con fecha 16 de diciembre de 2014, se dictó sentencia complementaria de fojas 401, la que rola a fojas 661, y en el que se declaró que se rechazaron las excepciones intentadas por la demandada, a saber: "1) La acción deducida es formalmente improcedente, 2) Exclusión de cobertura, 3) falta de legitimación activa, 4) En subsidio, Gastos Médicos Efectivamente incurridos, 5) Improcedencia del daño moral, interpuestas en otrosí de fojas 60". Nuevamente la parte demandada apeló de ella, fundándose en los siguientes acápite que reproducen en lo esencial sus anteriores apelaciones de de fojas 429 y 566, aunque en un orden levemente diferente. Así, alega: i) la improcedencia de la acción de indemnización de perjuicios intentada; ii) la excepción de gastos médicos; iii) la falta de legitimación activa.



activa; iv) la improcedencia del daño moral; v) la procedencia de la nulidad del contrato de seguro por falta de interés asegurable; y vi) el error de la sentenciadora de primera instancia al rechazar la nulidad del contrato por omisión, error o reticencia cobertura el demandado ha intentado un nuevo recurso.

TRIGESIMOSÉPTIMO: Que todas y cada una de las alegaciones contenidas en el recurso de apelación interpuesto, a fojas 661, ya han sido debida y latamente analizadas en los considerandos precedentes, llegando esta Corte a la conclusión que deben rechazarse todas ellas y las excepciones que comprenden, salvo la relativa a la falta de legitimidad activa de la sociedad demandante, Valenzuela y Valenzuela, S.A., por no haber acreditado la efectividad de que ella hubiese incurrido en los gastos médicos que fundamentan su reclamación, como quedó asentado en los considerandos decimosexto a vigesimoprimero anteriores.

Por las anteriores consideraciones y lo dispuesto en los artículos 186, 426, 768, 770 y 772 del Código de Procedimiento Civil; 28, 31, 1683, 1698, 1712, 1713 del Código Civil; 518 y 569 del Código de Comercio vigentes el 13 de agosto de 2008, se declara:

I.- Que **se rechazan** los recursos de casación en la forma de fojas 429, intentado -el primero- contra de la sentencia de once de octubre de dos mil once, rolante a fojas 401; y el segundo, de fojas 571, deducido contra la sentencia complementaria de fecha veinte de enero de dos mil catorce, rolante a fojas 566.

II.- Que se **revoca** la sentencia apelada de once de octubre de dos mil once, escrita de fojas 401 a fojas 422, y complementada con fecha veinte de enero, treinta y uno de julio, dieciséis de diciembre, todos del año dos mil catorce, escritas a fs. 566, fs. 603 y fs. 657, respectivamente, que acogió la demanda de lo principal de fs. 31 y se declara, en cambio, que ésta queda rechazada tanto por haberse acogido la excepción de falta de legitimidad activa y por no concurrir



nº 1000
720

los requisitos legales que hacen procedente la indemnización de perjuicios.

III.- Se confirma, en lo demás apelado, la referida sentencia y sus complementos

Regístrese, y devuélvase con sus agregados.

Redacción de la Abogado Integrante señora María Cecilia Ramírez Guzmán.

Rol N° 9507-2011

Pronunciada por la Segunda Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por la Ministro señora Marisol Rojas Moya e integrada por el Ministro (S) señor Tomás Gray Gariazzo y por la Abogado Integrante señora María Cecilia Ramírez Guzmán.

Autorizado por el (la) ministro de fe de esta Corte de Apelaciones.

En Santiago, a 15 de septiembre de dos mil quince, notifique en secretaría por el estado diario la resolución precedente.



Foja 723
Setecientos Veintitrés

C.A. de Santiago

CERTIFICO: Que, en contra de la sentencia, dictada con fecha siete de septiembre pasado y escrita a fojas 698 y siguiente de autos, no se dedujeron recursos dentro del término legal y el plazo para hacerlo se encuentra vencido. Santiago, ocho de octubre de dos mil quince.
NºCivil-9507-2011.


SONIA QUIÑODRÁN LE-BERT
SECRETARIA

