

FOJAS:

SANTIAGO, dieciséis de Octubre de dos mil veintitrés

TRIBUNAL DE COMPROMISO

PASAJE ROSA RODRÍGUEZ N° 1375 OFICINA 418, SANTIAGO.

CARATULADO: AISING ROJAS, SEBASTIAN con COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA EUROAMERICA S. A.

LAUDO O SENTENCIA ARBITRAL

VISTOS:

Que en virtud de lo establecido en los artículos 225, 226, 231 y siguientes del Código Orgánico de Tribunales; 1323 y siguientes del Código Civil; artículos 171, 414 y siguientes y 628 y siguientes del Código de Procedimiento Civil y de acuerdo a lo resuelto por sentencia de fecha 30 de julio de 2019, que se lee a fojas 49, del expediente Rol N° C-18355-2019, del Décimo Segundo Juzgado Civil de Santiago, se designó Juez Arbitro, como se ha señalado, a don OSCAR LEONARDO OYARZUN GORMAZ, Abogado, habilitado para el ejercicio profesional, quien aceptó el cargo y juro desempeñarlo fielmente, con fecha 30 de octubre de 2019, mediante el juramento de rigor.

El juez árbitro declaró constituido el compromiso y designó como actuario, Ministro de Fe a don JOSÉ FRANCISCO SOTELO LUCERO, abogado y Secretario Subrogante del Vigésimo Noveno Juzgado Civil de Santiago, asimismo, y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 632 del


MARCAS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Código de procedimiento Civil, citó a las partes a comparendo de estilo para el día 26 de noviembre de 2019, a las 14.00 horas, con el objeto de precisar las normas de procedimiento que lo gobernarán.

Que con fecha 26 de noviembre de 2019, a fojas 55, por motivos de fuerza mayor, se suspendió la audiencia decretada y se citó para el día martes 3 de diciembre de 2019, a las 14:15 horas, para determinar las bases de procedimiento.

El día 3 de diciembre de 2019, a fojas 63, tuvo lugar el Primer Comparendo de estilo para determinar las bases del procedimiento de autos que gobernaría las acciones y defensas de las partes, con la asistencia de don Carlos Fernando Prado Goñi, abogado, quien comparece en representación de la demandante Sociedad CLINICA AISING LIMITADA y de don **SEBASTIAN AISING ROJAS**, cirujano dentista, RUT. 13.905.073-8, y con la asistencia de don Felipe Nazar Nassuh, abogado, quien comparece en representación de la demandada **COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA EUROAMERICA S.A (EUROAMERICA SEGUROS DE VIDA S.A.)**, RUT. 99.279.00-8. En la citada audiencia, y sin que hubiese oposición o reclamación alguna, se fijaron las bases del procedimiento arbitral.

TENIENDO PRESENTE:

A fojas 66 de los presentes autos arbitrales, comparece don Carlos Prado Goñi, abogado, en representación, según se acreditará, de don SEBASTIAN AISING ROJAS, con domicilio en Nuestra Señora del Rosario N°361, comuna de Las Condes, todos domiciliados para efectos del artículo 49 del Código de Procedimiento Civil en Av. Presidente Kennedy 5600, oficina 601, comuna de Vitacura, Santiago, indica que en la representación investida viene en interponer demanda arbitral de cumplimiento forzado del contrato con indemnización de


MARCOS FACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

perjuicios por responsabilidad contractual, en contra de EUROAMERICA SEGUROS DE VIDA S.A., persona jurídica del giro de su denominación, en adelante "EUROAMERICA", representada para efectos del presente juicio por los abogados Felipe Nazar Nassuh y Federico Allendes Silva, ambos domiciliados para estos efectos en Avenida Apoquindo N°3885, piso 6, comuna de Las Condes y ciudad de Santiago, solicitando desde ya que se acoja la demanda en todas sus partes, ordenando el cumplimiento del contrato y el pago de las sumas que se indican a continuación, con costas, conforme los siguientes argumentos de hecho y derecho que expone: Que demanda el cumplimiento forzado de los contratos de seguros que no fueron cumplidos por EUROAMERICA e indemnización de perjuicios y que el monto total asciende a la suma total de UF. 35.000.- (treinta y cinco mil unidades de fomento), más intereses, reajustes y costas, o al monto que el tribunal, estime en derecho se le adeuda a su representado, por haber rechazado indemnizar al señor Aising, montos acordados en las pólizas N° 2625580 y N° 2625598, cumpliendo de esta forma la principal obligación que la Compañía Aseguradora asumió por medio del Contrato de Seguro.

Fundamenta la presente demanda:

I.- RESUMEN DE LA PRESENTE CONTROVERSIA

Explica que la causa es el clásico caso de una Compañía de Seguros que se niega unilateralmente a cumplir la obligación contraída, una vez que su cliente sufre el siniestro cubierto en la póliza; manifiesta que el demandante fue declarado con invalidez total y permanente durante la vigencia de las pólizas de incapacidad, sin embargo, EUROAMERICA, intenta eludir el pago de su obligación, y no solo se negó al actor la cobertura contratada y que fue pagada durante 3 años, sino que además puso término unilateralmente al contrato, dejando al señor Aising en la peor posición posible, abandonado por la


MARCO SACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

compañía aseguradora, quedando en estado invalidez total y permanente, sin seguro y con preexistencias que ningún otro seguro cubrirá en el futuro.

II.- ANTECEDENTES DE HECHO.

Informa que don Sebastián Aising Rojas, Tomó en agosto de 2014, dos pólizas de seguro de incapacidad dos tercios con Euroamerica Seguros de Vida, S.A., siendo los riesgos asegurados, tal cual lo describen las referidas pólizas, el de vida del actor, y el de invalidez, en cuanto esta implique una incapacidad de dos tercios. La primera póliza cubría el riesgo asegurado por la cantidad de UF.20.000. La segunda Póliza cubría el riesgo asegurado por la suma de UF. 15.000.-, que por razones del alto monto asegurado (UF. 35.000) la Compañía le señaló al actor que el capital asegurado debía distribuirse en dos pólizas.

Expone que tomó estas pólizas básicamente porque estimó que siendo hijo único, con padre fallecido y con madre adulta mayor, no quería correr el riesgo de quedar inválido, sin sustento para él y su madre. Sumado a que postuló a un proyecto CORFO, que le daba mayor puntaje si tomaba estos seguros, que habiendo aprendido en el extranjero que es práctica habitual de dentistas o médicos asegurarse las manos, tomó conciencia de lo poco protegido estaba al respecto.

Explica que el año 2008 se le diagnostica una enfermedad a la piel, Dermatitis Seborreica en el cuero cabelludo, y en el año 2011 el mismo especialista cambia el diagnóstico a Psoriasis en cuero cabelludo. El año 2012 visita a otro Dermatólogo, y más allá de las placas en la piel y picazón, que este tipo de afección genera, el actor podía desarrollar su vida personal y laboral con normalidad. Informa que hasta el año 2016, jamás tomó una licencia.

Observa que la psoriasis dérmica es una enfermedad a la piel que genera placas en la piel, pero no compromete la calidad de vida, ni la capacidad laboral del afectado; básicamente es una enfermedad de tipo estética, cuya afectación


MARCOS EACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

no implica en grado alguno un perjuicio motor o psiquiátrico en la persona que lo padece.

Señala que en junio de 2016 cambió la situación de salud de su representado gravemente, pues a partir de esa fecha fue diagnosticado con artritis, enfermedad que sí compromete gravemente la calidad de vida del paciente, al extremo de inhabilitarlo o incapacitarlo para poder llevar una vida laboral normal. Esta enfermedad genera dolores extremos en las articulaciones del paciente, generando rigidez en ellas y claras limitaciones motoras, lo que se da especialmente en las extremidades como manos y en la zona espinal, provocando paralización en los movimientos del paciente; es una enfermedad invalidante que afecta gravemente la calidad de vida de una persona.

Informa que debido a esta situación inesperada, el año 2018 el actor denuncia al seguro la invalidez que lo aqueja, acompañando los antecedentes fundantes, como informes médicos e informe de Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, y que esta última entidad en su informe, declara la invalidez total permanente del actor, y le concede el goce de una pensión de invalidez previsto en el D.L. 3500 que regula las pensiones de invalidez, vejez y sobrevivencia.

Explica que con fechas 14 de mayo y 8 de junio de 2018, la demandada, EUROAMERICA emite informe N° GOBV-458/18; GOBV-459/18 y GOBV-552/18; GOBV-553/18, respectivamente, rechazando dar cobertura al siniestro, aduciendo que su representado no cumplía con los requisitos establecidos en las pólizas para tal cobertura. Según la demandada, específicamente la incapacidad no provenía de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de las pólizas contratadas. Que con fecha 29 de mayo de 2018, su cliente reclama formalmente del informe y decisión de EUROAMERICA, argumentando que las razones para su rechazo no tienen correspondencia con la realidad. Con


MARCO CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

fecha 8 de junio de 2018 la demandada ratifica su decisión de no dar cobertura al siniestro y, por lo tanto, niega el pago de la indemnización acordada en los seguros de invalidez contratados.

Señala que con fecha 11 de noviembre de 2018, el actor se entera por el Banco de Chile que EUROAMERICA comunica su decisión de poner término unilateral a las pólizas, por haberse verificado el riesgo de incapacidad total y permanente dos tercios eliminando los pagos automáticos a la tarjeta de crédito. Atendido lo anterior, su cliente tuvo que realizar pago por consignación a través de TGR.

Expone que el demandante queda en la peor situación posible, dado que no solo no fue indemnizado por su asegurador, sino que además fue abandonado por el mismo, al quedar en estado de invalidez total, sin seguro de vida e incapacidad y con preexistencias que ninguna otra compañía de seguro cubrirá en el futuro; y que debido a esta situación ilegal y arbitraria, donde la contraria no solo rechazó indemnizar a su representada, sino también terminó el contrato de seguro, en julio 2018 interpuso un recurso de protección en contra de EUROAMERICA ante la Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago; Dicho recurso seguido bajo el ROL ICA 47.814-2018, fue rechazado por la Ilma. Corte, solo en cuanto consideró que dicha vía no era la idónea para discutir y fallar sobre el cumplimiento del contrato de seguro.

III. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL ACTOR.

Indica que su representado padece la enfermedad **artritis psoriática** desde junio de 2016. Revela que dicha enfermedad es totalmente diferente a la enfermedad a la piel que el actor sufría desde el año 2008, y que así lo establecen una serie de informes médicos, entre ellos la de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones. Menciona lo anterior, porque


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

EUROAMERICA parece argumentar que hay una relación con la enfermedad a la piel.

Informa que la **artritis** le ha causado un intenso compromiso en las articulaciones periférica de predominio en manos, **dactilitis**, compromiso en muñecas, codos, hombros, esternoclaviculas, rodillas y pies. También sufre de entesitis múltiple, con compromiso aquiliano, rotuliano y troncantérico, todas son enfermedades que limitan gravemente los desplazamientos del actor, inhabilitándolo en parte de sus movimientos ordinarios y se traduce en deformidades evidentes en manos, rodillas, tobillos y pies. La artritis de naturaleza auto inmune genera a lo largo del tiempo malformaciones de las extremidades como dobleces, incluso posiciones inadecuadas por la rigidez generada, estas deformaciones son acompañadas de agudos e intensos dolores, impidiendo movimientos normales, lo que conlleva limitaciones en las actividades esenciales de su vida doméstica y laboral; además, indica, que el señor Aising sufre de graves cuadros de cefalea por reacción adversa al tratamiento con medicamentos, lo que son extremadamente onerosos.

Asimismo, informa, que el Sr. Aising, actualmente sufre de una artritis psoriática aguda, de estado avanzado y severo, que se desprende de las siguientes mediciones (muy elevada) de índices aplicables a este tipo de padecimientos: según informe elaborado por el Dr. Francisco Radrigán, especialista en Reumatología, a saber: - Índice Articular: Más de 6 articulaciones inflamadas, más de 20 sensibles; - Índice de BASDAI: Grado 7 en escala de 0-10; - Índice de Dactilitis: 5 en escala de 0-6; - Índice de HAQ: 2,5 en escala de 0-3; manifiesta que las lesiones de su representado son irreversibles que la enfermedad es progresiva y degenerativa, no existiendo una cura efectiva. Según el informe médico del doctor Francisco Radrigán Araya, médico reumatólogo tratante, el demandante no se encuentra capacitado para


MARCOSEACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

actividades esenciales de la vida diaria (actividades domésticas y laborales), que la enfermedad está en tal grado de avance que hace casi imposible que pueda, por ejemplo, ejercer su profesión de odontólogo, que dicha actividad requiere de un alto grado de precisión, trabajo fino manual, alta concentración y enfoque que su representado no puede brindar por los dolores y deformidades en sus manos; afirma que actividades de aseo personal requiere de asistencia de terceros, dado que por las limitaciones de movimiento y agudos dolores articulares, no puede realizar por sí mismo.

Explica que la artritis psoriática es conocida por ser extremadamente agresiva, por lo que sus pacientes degeneran prontamente; que es una enfermedad sin cura, que lo único que existe son medios paliativos para soportar los intensos dolores reumatoides, que está en una prisión propia, invalidante, pero con la diferencia que es el propio cuerpo que hace las veces de prisión.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO. -

I.- CONTRATO DE SEGURO:

Indica que el artículo 1545 del Código Civil establece que todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, no pudiendo ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales, un contrato legalmente celebrado tiene fuerza obligatoria, por lo que debe ejecutarse de buena fe, debiendo las partes cumplir no sólo con lo expresado en el contrato, sino que además con todo aquello que emane de su naturaleza, de acuerdo a lo prescrito en el artículo 1546 del mismo cuerpo legal, y que en el presente caso las partes están vinculadas a través de sendos Contratos de Seguros, de los que dan cuenta la Póliza de Seguro N° 2625580 y N° 2625598, contratos que vinculan a las partes no solo en lo que literalmente señalan, sino lo que de buena fe se espera que estas personas cumplan. Los riesgos asegurados, tal cual lo


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

describen las referidas pólizas, fueron los de vida del actor y su invalidez, en cuanto esta última implique una incapacidad de dos tercios.

Dicho esto, señala que el artículo 512 del Código de Comercio dispone: *“Contrato de Seguro. Por el contrato de seguro se transfiere al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de su prima, quedando este obligado a indemnizar el daño que sufre el asegurado, o satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas. Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho a exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo, y a la vida, salud, integridad física o intelectual de un individuo. No solo la muerte, sino que también la sobrevivencia constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro. Las normas de este título rigen a la totalidad de los seguros privados”*. Luego, el artículo 588 del Código de Comercio, define específicamente los seguros de personas (como los de este arbitraje). *“Conceptos. Son seguros de personas los que cubren los riesgos que puedan afectar la existencia, la integridad física o intelectual o la salud de las personas, y los que garantizan a estas, dentro o al término del plazo, un capital o una renta temporal o vitalicia”*.

Observa que los contratos de seguros objeto de este arbitraje, son justamente seguros de personas, y más específicamente seguros de vida e incapacidad dos tercios, y en lo que concierne a la controversia sub lite, el bien jurídico asegurado en juego, es la capacidad de la persona de ser autosuficiente y poder desarrollar su vida laboral y doméstica con total normalidad. Por eso es conveniente definir qué se entiende por seguro de incapacidad: *“Aquel que cubre el riesgo de incapacidad proveniente de accidente o enfermedad del asegurado”*.

Informa que la incapacidad de una persona puede ser total o parcial, temporal o permanente, y que en el caso de autos se esta hablando de una


MARCO G. CUEVA G.
Receptor Judicial
Abogado

incapacidad total y permanente. Señala que el actor padece de una enfermedad gravísima, degenerativa e incurable, que le ha provocado un estado de invalidez absoluto y definitivo, y que basta observar al señor Aising para darse cuenta de las afectaciones que hoy sufre y de los informes médicos que así lo diagnostican.

Advierte que el seguro o póliza de incapacidad dos tercios contratado, justamente tiene por fin asegurar al asegurado del riesgo de sufrir una enfermedad o accidente que le provoque una incapacidad total de alta magnitud (por eso la exigencia de los 2/3) y permanente. De ocurrir un siniestro de aquella naturaleza, el asegurado tiene derecho a percibir un capital o indemnización a suma alzada, en un solo pago, con el fin de sostener de una mejor manera la vida, que deberá enfrentar junto a la enfermedad incapacitante. Que en efecto, las pólizas N° 2625580 y N° 2625598, contienen la obligación de EUROAMERICA de indemnizar al demandante las sumas de UF 20.000 y UF 15.000 respectivamente, en el caso que el asegurado durante la vigencia de la póliza sufriera una enfermedad o accidente que le provocara una incapacidad de dos tercios o más.

Luego indica que el artículo 515 del Código de Comercio establece : “El contrato de seguro es consensual. La existencia y estipulaciones del contrato se podrán acreditar por todos los medios de prueba que contemplen las leyes, siempre que exista un principio de prueba por escrito que emane de cualquier documento que coste en télex, fax, mensaje de correo electrónico.... No se admitirá al asegurador prueba alguna en contra del tenor de la póliza que haya emitido luego de la perfección del contrato”. Por ende, la póliza es una ley para las partes, según lo establecido en el artículo 1545 de nuestro Código Civil que consagra la fuerza obligatoria de los contratos. Pero el asegurado podrá acreditar otras estipulaciones o condiciones del contrato, por medio de cualquier


MARCOS ORETUA G.
Receptor Judicial
Abogado

antecedente escrito.

Señala que corresponde precisar, en resumen, que obligaciones asumió EUROAMERICA a través de las pólizas de autos.

II. OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE EUROAMERICA.

Informa que la principal obligación contractual que una Compañía de Seguros asume en virtud de la celebración de un contrato de seguro, es la obligación de indemnizar al asegurado los perjuicios sufridos a consecuencia de la ocurrencia de un siniestro cubierto en la póliza contratada, y que esta obligación esencial de la Compañía de Seguros está descrita en el mismísimo artículo 512 del Código de Comercio, que define el contrato de seguro, señalando expresamente que por mérito del mismo, el asegurador se obliga a indemnizar al asegurado la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran, citando al prestigioso abogado y profesor especialista en estas materias, Osvaldo Contreras Strauch,

Observa que las pólizas de seguro N° 2625580 y N° 2625598 demandadas en autos, obligan a EUROAMERICA a lo siguiente: *Artículo N° 2 Descripción y extensión de la Cobertura*. “En virtud de este contrato de seguro, en caso de acreditarse la invalidez permanente dos tercios del asegurado, causada por una enfermedad o accidente, de acuerdo a lo establecido en esta póliza, la aseguradora pagará al propio asegurado, o quien sus derechos represente, el capital asegurado según se establezca en las condiciones particulares de la póliza [...]”. “Los criterios de evaluación de la invalidez permanente dos tercios que deberá tener presente la aseguradora serán los contenidos en las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, regulado por el D.L. N° 3500 de 1980”.


MARCO G. G.
Receptor Judicial
Abogado

Indica que las condiciones particulares de la Póliza N° 2625580 establecen: Capital Asegurado/UF. 20.000 Con respecto a la Póliza N° 2625598, su cláusula adicional relativa al pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios, establece la siguiente cobertura u obligación de la contraria: *Artículo N° 1: Cobertura: "La aseguradora pagara en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de invalidez total y permanente dos tercios [.....]*

La Póliza principal establece: - Capital Asegurado / UF. 15.000

Expresa que es absolutamente indiscutible, que mediante estas dos pólizas, la demandada se obligó a indemnizar al actor por las sumas de UF 20.000 y de UF. 15.000, en caso de que este quedara incapacitado total y permanente en grado de dos tercios, durante la vigencia de las pólizas. Por tanto, hoy en día, sin lugar a dudas, EUROAMERICA adeuda al actor UF. 35.000.

III. SINIESTRO DURANTE VIGENCIA POLIZA.

Arguye que EUROAMERICA argumentó expresa y reiteradamente en sus cartas de rechazo (fechas 14 de mayo y 8 de junio de 2018), lo siguiente: *"Según lo anteriormente expuesto, en las Condiciones Generales de la póliza se establecen una serie de requisitos para la aprobación del siniestro, uno de ellos es que (i) la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrida la invalidez permanente dos tercios y que esta sea una (ii) enfermedad diagnosticada dentro de la vigencia de la póliza. En el caso del Sr. Aising, no se cumple con los requisitos antes mencionados en el artículo 2° punto a) y c). En conclusión, no corresponde otorgar cobertura pues no se cumple con lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, pues independientemente que el dictamen de invalidez fue ejecutoriado en el año 2018 y la invalidez se*


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

otorga a contar del 14 de diciembre de 2016, uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza, por tanto, no se encontraba con cobertura para acceder al beneficio reclamado".

Declara que EUROAMERICA ratifica lo anterior al responder la impugnación o reconsideración (29 de mayo y 23 de julio de 2018) alegada por su representado, señalando: *"En primer lugar es nuestro deber aclarar que lo que usted señala en el punto 1 anterior, donde hace referencia al artículo N°3 de las condiciones generales referidas a las exclusiones, NO es la causa que se ha usado por la compañía para haber rechazado el siniestro, sino que simplemente la definición del producto contratado exige que la patología (o accidente) que produce la invalidez, se desarrolle durante la vigencia de la póliza, tal como de alguna manera usted trata de justificar la cobertura en la argumentación usada en el punto N°8 precedente de su argumentación. 3. [...]*
a) Es total y absolutamente falso que usted tenga un 68% de grado de invalidez causado por la Artritis Sporiatica. b) La comisión médica que evaluó su caso asignó un 49% de invalidez para ese diagnóstico. c) Usted logra llegar al 68% debido a los diagnósticos adicionales de psoriasis y tratamiento inmunosupresor, junto a un factor complementario de educación.

Argumenta que EUROAMERICA, contrariando el principio de la buena fe, pretende eludir su obligación contractual, mediante la construcción de un burdo argumento: *No toda la incapacidad atribuida al asegurado, tendría su origen en hechos ocurridos durante la vigencia de las pólizas. Una parte menor de dicha incapacidad provendría de otros factores.*

Indica que varios médicos tratantes, así como la Comisión Central de Salud de la Superintendencia de AFP, reconocen que el actor sufre de psoriasis reumatoide desde junio de 2016 y, producto de dicha enfermedad quedó en estado de invalidez total y permanente, es decir, justamente quedó invalido


MARCO CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

durante la vigencia de las pólizas objeto de este pleito, y que la demandada reconoce lo anterior, solo que en su insólita argumentación, dicha incapacidad, no proviene exclusivamente de la artritis, sino que una fracción menor proviene también de la enfermedad a la piel originada el año 2008, rechazando solo por dicha causa la cobertura.

IV. MAXIMA BUENA FE.

Argumenta que uno de los principios fundamentales en materia contractual, es el de la buena fe, consagrado en el artículo 1546 del Código Civil que dispone que *“Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”*.

Expone que este principio en materia de contratos de seguro, es aún mucho más fundamental y determinante, pues en materia de seguros el principio rector es el de máxima buena fe; al respecto el profesor Osvaldo Contreras sostiene: *“La máxima buena fe es un principio que aparece en cualquier contrato de seguro, de cualquier tipo que éste sea, y significa que el contrato debe ser celebrado y ejecutado por las partes con el máximo de honradez contractual”*.

“Pudiéramos decir que la buena fe constituye la rectitud de intención, la honorabilidad comercial, la actitud de desenvolverse en el ámbito del contrato sin el propósito de perjudicar a la contraparte”.

“Pero en el seguro la aplicación de este principio reviste la mayor importancia, por el hecho que el asegurador protege el interés del asegurado sobre la base de creer en lo que éste le ha expresado sobre la naturaleza y características de la cosa asegurada y la magnitud del riesgo que el afecta; y


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

a su vez, el asegurado contrata el seguro en el entendido de que el asegurador honrará la palabra empeñada de cubrir los riesgos especificados en el contrato".

Dice que de acuerdo al principio de "MAXIMA BUENA FE", las partes deben celebrar y ejecutar el contrato con la máxima honradez. El asegurado debe informar los riesgos que traspasa al asegurador, pagar la prima, intentar prevenir el siniestro, restringir el alcance de los perjuicios y evitar su extensión, obrando con celo y diligencia al respecto.

Observa que la Compañía de Seguros debe cumplir su compromiso con el asegurado y devolver la confianza que este último depositó en la misma, indemnizándole íntegramente los perjuicios cubiertos acaecido que sea el siniestro, absteniéndose de utilizar meras excusas formales, poco razonables, para evadir la responsabilidad y compromiso que adoptó con el asegurado. Esto último, repugna al principio rector del Contrato de Seguro, la MAXIMA BUENA FE de las partes.

Argumenta que EUROAMERICA exigió, cobró y percibió con total normalidad el pago de la prima del seguro durante tres años por casi UF 10 al mes (cerca de \$300.000.- mensuales). Sin embargo, solo en forma ex post, después que recibe la denuncia formal del siniestro, construye una teoría que le permita eludir su obligación, teoría que no es más que una construcción artificial a comodidad de la demandada, hecha evidentemente de mala fe; y que es tan burda, que reconociendo el grado de invalidez total del asegurado, utiliza el "perspicaz" argumento de que *"no toda la incapacidad atribuida al asegurado tendría su origen en hechos ocurridos durante la vigencia de las pólizas"*. Según sus argumentos, como una "parte menor" de dicha incapacidad provendría de otros factores, no es posible entender que la incapacidad permanente reclamada se deba íntegramente a una enfermedad ocurrida durante


MARCYS G. G.
Receptor Judicial
Abogado

la vigencia. Y al no cubrir ese porcentaje de 2/3 íntegramente por la enfermedad incapacitante, no tendría cobertura.

Informa que la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, estableció en su resolución N° C.M.C. 00008/2018, que el actor efectivamente padece invalidez total y permanente con grado de incapacidad del 68% (sesenta y ocho por ciento), y que el informe de la referida Comisión Médica descompone el grado de incapacidad global de 68% en distintos causales o factores, según siguiente detalle: Artritis Psoriática: Invalidez 49%; Tratamiento Inmune: Invalidez 4%; Psoriasis del piel: Invalidez 13%; Educación: Invalidez 2%.

Afirma que aun cuando es cierto que la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones declaró al demandado con invalidez total permanente en grado 68% global, y que dicho estado o calidad de invalidez es para todo los efectos legales válido a partir del 14 de diciembre de 2016, “solo 49 puntos porcentuales de los 68 globales, provendrían de la enfermedad psoriasis artrítica; que el porcentaje global restante proviene de otros factores – algunos anteriores al seguro y otros posteriores – como el tratamiento inmuno depresor, que es la forma de tratar la artritis y que equivale a 4%. Los factores anteriores son la educación que equivale a un 2% y la psoriasis dérmica, que equivale a un 13%.

V. PRESUNCIÓN DE COBERTURA Y CARGA DE LA PRUEBA.

Afirma que es relevante lo que dispone el artículo 531 del Código de Comercio: “El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador. El asegurador puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley”. Esta presunción legal obliga al


MARC S. GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

demandado de autos a acreditar que no es responsable del siniestro. Es carga de la Prueba de EUROAMERICA acreditar que no es responsable del siniestro.

VI. LA CAUSA DEL SEGURO CONTRATADO.

Expone que como en todo contrato, la causa es un requisito de validez o existencia del contrato de seguro. Según la doctrina clásica, la causa es un contrato bilateral – como ocurre en un contrato de seguro – es la correlación existente entre las obligaciones que nacen del contrato, de modo que se encuentran interdependientes de una y otra. Sin embargo, y según la doctrina ocasional, la causa de un contrato también es *“el motivo determinante o que impulsó al autor o a las partes a su celebración”*. Luego, la causa del seguro para el asegurado, o su intención de porqué lo contrató, es el riesgo a prevenir.

Señala que el riesgo ha sido definido para estos efectos, como *“la posibilidad o eventualidad de que ocurra un hecho que perjudique económicamente al asegurado, ya sea porque pueda afectar a bienes determinados, al derecho a exigir ciertas prestaciones, al patrimonio mismo en forma indeterminada, o la vida, salud o integridad de una persona”*.

Informa que la causa de la contratación de los seguros de incapacidad dos tercios objeto de esta controversia, es el riesgo al que se sintió expuesto su representado de sufrir una enfermedad o accidente que lo incapacitara para poder seguirse ganando la vida de manera normal, y que dicho riesgo económico las partes cuantificaron de común acuerdo en UF. 35.000.-, dividiéndolo en dos pólizas.

VII. ARTRITIS CAUSA INMEDIATA DIRECTA Y


MARCIA OACTUA G.
Receptor Judicial
Abogada

DETERMINANTE.

Argumenta que no solo en su contratación está presente la teoría de la causa, sino también fundamentalmente en el acaecimiento del siniestro, generalmente para que un siniestro sea indemnizable, debe ser la causa directa, inmediata o determinante del perjuicio sufrido por el asegurado, y que en este caso el perjuicio sufrido por el actor es padecer de una enfermedad grave que se traduce en un estado de invalidez total y permanente del asegurado, trayendo al efecto consecuencias morales y por cierto, económicas para el demandante.

Explica y señala que básicamente todo el mundo tiene un grado de incapacidad de por sí. El parámetro que utiliza la Comisión Médica Central, se basa en diferentes factores. Por ejemplo, uno de ellos es el grado de educación de la persona. En este sentido, un profesional tiene un grado de incapacidad menor (caso del actor a quien se le asigna un 2% por dicho factor) a alguien que no lo es. También factor de edad influye. Alguien con más de 45 años, tiene un grado de incapacidad por ese solo hecho (2%).

Expone que cuando una Compañía de Seguros otorga una póliza de incapacidad a una persona, sabe de antemano que dicha persona ya tiene algún grado de incapacidad menor, de por sí. Pero ese menor grado de incapacidad, en caso alguno convierte a dicha persona en un inválido parcial (lo que se requiere de 50% de incapacidad) ni mucho menos en un inválido total (que requiere de un 66% de incapacidad según DL. N° 3500, artículo 4°), siendo lógico y razonable concluir que, lo que asegura la póliza, es el riesgo que en el futuro ese individuo que hoy NO es inválido de acuerdo a los parámetros médico legales, llegue a serlo producto de una enfermedad o un accidente y que sea determinante para causar tal condición.

También indica que es del todo razonable entender, que una enfermedad artrítica, degenerativa e incurable, que limita de tal forma al afectado, que este


MARC S. OAKTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

no es capaz ni de vestirse sin asistencia de un tercero, es claramente una enfermedad causante en forma determinante de la invalidez total que afecta al actor.

Afirma que en términos de causalidad legal, no puede sino concluirse que la Artritis que padece el actor es la causa eficiente, inmediata o directa que provoca su invalidez en términos que, de no existir tal enfermedad, el actor sería una persona capaz, sin invalidez de tipo alguno, ni siquiera en grado parcial.

Indica que lo que se aseguró es el riesgo a quedar invalido 2/3 a partir de una enfermedad o accidente. Pero una cosa muy distinta es exigir que esos 2/3 íntegramente se deban a un solo hecho o dolencia. Ese tipo de interpretación, además de no aparecer en el contrato de seguro, es una forma de evitar el cumplimiento de lo pactado.

VIII. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS POR RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL.

Solicita el actor que, conforme los hechos expuestos es claro que la demandada está obligada a indemnizar a su representado, por lo menos dos conceptos:

a.- Indemnización compensatoria a mi representado por el no pago de las indemnizaciones acordadas en los contratos de seguro;

b.- Indemnización moratoria consistente en los reajustes e intereses de dichos montos por el no pago oportuno de las sumas convenidas.

Señala que la indemnización compensatoria puede ser definida como "*la cantidad de dinero que tiene derecho el acreedor para repararle el perjuicio que le reportó el incumplimiento total o parcial de la obligación*". En otras palabras, indica que el daño que se exige en todo cumplimiento contractual es básicamente el valor de la contraprestación esperada, si se hubiera ejecutado en


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

forma completa y oportuna, y que en el caso de marras, es evidente que su representado no ha recibido las indemnizaciones correspondientes de las pólizas de seguro N° 2625580 y N° 2625598, por las que se debe pagar las sumas de UF. 20.000 y UF. 15.000, respectivamente.

Observa que, debido a que la demandada se niega a hacer pago de las mismas, se ha generado un claro incumplimiento con el consiguiente daño, y que conforme a los hechos relatados, es claro que procede el pago de dichas sumas.

Indica, además, que se debe indemnizar la mora, definiéndola como *"aquella que tiene por objeto reparar al acreedor el perjuicio sufrido por el incumplimiento tardío de la obligación"*. Este tipo de indemnización tiene su consagración expresa en el artículo 1557 del Código Civil, que ordena al deudor el pago de los perjuicios desde su constitución en mora, y que consistirían en intereses y reajustes de los montos que debía pagar al asegurado según lo estipulado en las pólizas, contado desde la fecha en que se produjo el siniestro, o en el peor de los casos, desde que fue legalmente requerida a ello, de acuerdo a las reglas contenidas en el artículo 1551 del Código Civil.

En razón de los hechos descritos y normas legales citadas, solicita el actor que se acoja íntegramente la demanda interpuesta por Sebastián Aising Rojas; y que se condene a la demandada al cumplimiento forzado de una indemnización en favor del actor por concepto de los capitales asegurados pactados en los contratos de seguros de autos, por la suma total de UF. 35.000 por las pólizas de seguro N° 2625580 y N° 2625598, cuyos valores de indemnización son UF. 20.000 y UF. 15.000, respectivamente; que el pago se haga en moneda nacional, al valor de la UF. al momento del cumplimiento de la obligación; que toda cantidad que se mande pagar deberá además ser cancelada con intereses y reajustes que correspondan, desde la fecha que ocurrió o se denunció siniestro



y en el peor de los casos, desde que se requirió judicialmente al demandado o desde el día en que el tribunal estime pertinente y hasta la fecha efectiva del pago; que la demandada debe pagar las costas procesales y personales de la causa.

Que con fecha 30 de Enero de 2020 y a fojas 85, la parte demandada Opone excepción dilatoria de ineptitud del libelo por las razones que indica y, al otrosí de su presentación solicita que procedimiento arbitral se declare caduco respecto de la Sociedad Clínica Aising Limitada, explicando que de la sola lectura del texto de la demanda, se puede desprender que en aquella no hay referencia alguna a la Clínica Aising Limitada, y que, sin perjuicio de individualizarse a la Clínica Aising Limitada en las bases de estos autos, no se hace referencia alguna a ella en el texto de la demanda, y peor aún, se le excluye en forma explícita como parte demandante. Por ello, solicita que se declaren caducos estos autos respecto de la Clínica Aising Limitada, por no haber presentado demanda dentro del plazo establecido en las bases del procedimiento.

Que, al evacuar el traslado a las dilatorias opuestas, el demandante solicita el rechazo de éstas, por los motivos que señala. En cuanto a la alegación de caducidad del plazo para contestar de Clínica Aising Limitada, señala que el titular de las acciones y derechos que emanan de las dos pólizas objeto de este juicio, es el señor Aising Rojas, en su carácter de asegurado y beneficiario de éstas. La sociedad indicada solo tomó el seguro, pero el asegurado y el beneficiario del mismo es su representado, Sebastián Aising Rojas.

Que a fojas 96 de autos, con fecha 02 de abril de 2020, el Tribunal Arbitral rechazó la excepción dilatoria de ineptitud del libelo promovida por la parte demandada Euroamérica Seguros de Vida S.A., con costas, resolución que fuera apelada por la demandada con fecha 14 de abril de 2020, rolante a fojas


MARCOS CAGITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

100 de estos autos, siendo confirmada dicha resolución por la Iltna. Corte de Apelaciones de Santiago, por sentencia de fecha 04 de enero de 2022, rolante a fojas 300.

Que a fojas 105 y con fecha 21 de abril de 2020, el apoderado de la parte demandada don Felipe Nazar, contesta la demanda, exponiendo que no corresponde otorgar la cobertura pretendida en razón de las condiciones establecidas en las pólizas contratadas, es decir a la fuerza obligatoria del contrato de acuerdo a los términos del artículo 1545 del Código Civil, razón por la cual la demanda de cumplimiento de contrato debe ser rechazada en todos sus términos, con expresa condena en costas, por las razones que expone:

En sus Consideraciones Preliminares la demandada indica que las afirmaciones de la demandante en el acápite: *"Resumen de la presente controversia"* (*"clásico caso en que una Compañía de Seguros se niega unilateralmente a cumplir la obligación contraída"*), además de ser inexactas, reflejan un lenguaje inapropiado para este tipo de sedes, en las cuales se busca dilucidar, por la vía legal establecida en el artículo 543 del Código de Comercio, una controversia jurídica, pues resulta completamente natural a este tipo de procedimientos las posiciones encontradas, muchas veces asociadas a diferencias de interpretación legítimas, siendo inaceptable usar esta sede para hacer referencias y usar adjetivos propios de las "redes sociales", que lamentablemente contaminan el debate jurídico. Indica que las expresiones ofensivas en relación al *"abuso de la gran empresa"* y caricaturescas refiriéndose a que estamos ante el *"clásico caso"*, usadas por el actor al referirse a su representada, esconden una falta de argumentación jurídica y apoyo contractual a la tesis del caso de la demandante. Señala que la controversia que se ventila en esta sede dice relación con el cumplimiento o incumplimiento de las condiciones de cobertura pactadas, razón por la cual es en base a


MARCOS CEREÑA G.
Receptor Judicial
Abogado

consideraciones jurídicas y no opiniones personales, prejuicios o descalificaciones, es que debe resolverse la controversia.

Posteriormente en el numeral II.-, acápite denominado Breves Fundamentos De La Demanda, hace un resumen de la misma, a saber: 1.- La parte demandante reclama el pago de la cobertura de las pólizas números 2625580 y 2625598 cuyas vigencias, señala, se iniciaron con fecha 1 de agosto de 2014 para ambas. 2.- Indica que don Sebastian Aising Rojas durante el año 2011 fue diagnosticado con una enfermedad de Psoriasis. Agrega que en el año 2012 el actor visitó a otro dermatólogo y que más allá de las placas en la piel y picazón, que este tipo de afección genera, el actor podía desarrollar su vida personal y laboral con total normalidad. 3.- Precisa que luego, en junio del año 2016 fue diagnosticado con Artritis Psoriatica, lo que derivó en que en el año 2018, por parte de la Comisión Medica Central de la Superintendencia de Pensiones fuera declarada su invalidez total y permanente con un grado de incapacidad de 68%, que se descompone de la siguiente manera: Artritis Psoriatica: Invalidez 49%; Tratamiento inmune: Invalidez 4%; Psoriasis de piel: Invalidez 13%; Educación: Invalidez 2%. 4.- Señala que a raíz de lo anterior durante el año 2018 efectúa la denuncia del siniestro según los seguros contratados, el que indica fue rechazado con fecha 14 de mayo de 2018. Con fecha 29 de mayo de 2018 efectuó reclamación formal de la liquidación del siniestro, la cual según indica, también fue rechazada con fecha 8 de junio de 2018. 5.- Por considerar que el rechazo por parte de la Compañía es injustificado, solicita se pague una indemnización a favor del actor por concepto de los capitales asegurados pactados en los contratos de seguros de autos, los cuales corresponderían en su totalidad a UF 35.000.

En el numeral III.- denominado Antecedentes Contractuales, señala que


MARCIA SACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

efectivamente fueron contratados con Euroamerica los contratos de seguro en cuestión y en las condiciones que a continuación se indican:

a) Contrato de Seguro N° Póliza 2625580; Contratante: Clínica Aising Ltda.; Asegurado: Sebastian Aising Rojas; Beneficiario: Sebastián Aising Rojas; Coberturas: Invalidez permanente dos tercios 20.000 UF Vigencia inicial: 1/08/2014; Vigencia Final: 31/07/2044; N° deposito póliza: POL220131822.

b) Contrato de Seguro N° Póliza 2625598; Contratante: Clínica Aising Ltda.; Asegurado: Sebastian Aising Rojas; Beneficiario: Ana María Rojas; Coberturas: Fallecimiento 15.000 UF e Invalidez permanente dos tercios 15.000 UF; Vigencia Inicial: 1/08/2014; Vigencia Final: 31/07/2019; N° deposito pólizas: POL220131832 y CAD320130482.

Observa que, la Póliza N° 2625580, además de sus condiciones particulares, se encontraba regulada por las condiciones generales incorporadas al depósito de pólizas bajo el código POL220131822, y en su artículo 2° establece la descripción y extensión de la cobertura en los siguientes términos: *"En virtud de este contrato de seguro, en caso de acreditarse la invalidez permanente dos tercios del asegurado, causada por una enfermedad o accidente, de acuerdo a lo establecido en esta póliza, la aseguradora pagará al propio asegurado, o quién sus derechos represente, el capital asegurado según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones copulativas: a) Que la presente póliza esté vigente en los términos señalados en el artículo N°3 de esta póliza; b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad superior en las Condiciones Particulares de la póliza; sea causada por una enfermedad; c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada*


MARCO S CACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

por una enfermedad originada o a consecuencia de un accidente, ambos ocurridos durante la vigencia de esta póliza; d) Que la invalidez permanente dos tercios tenga su origen directo durante la vigencia de la póliza”.

A su vez, indica que la Póliza N° 2625598, junto con sus condiciones particulares, se encontraba regulada por las condiciones generales establecidas en la POL220131832 y CAD320130482. Esta última establece en su artículo primero lo siguiente: “Cobertura. La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas: a) *Que la póliza principal, esta cláusula adicional y el asegurado estén vigentes a la fecha de la enfermedad o accidente;* b) *Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cláusula adicional;* c) *Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de una accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional”.*

Expone que los requisitos indicados, establecidos de forma copulativa, no fueron cumplidos en el caso de autos, y por ende, no corresponde otorgar la cobertura pretendida por el actor, en estricta aplicación de las condiciones establecidas en la póliza.

Luego, en el numeral IV denominado De La Denuncia Y Liquidación Del Siniestro señala que: Con fecha 4 de abril de 2018 su representada recibió la denuncia del siniestro correspondiente a la invalidez permanente de 2/3 de don Sebastian Aising Rojas por el diagnóstico Psoriasis en Placa. Al respecto, indica


MARCO CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

que con fecha 14 de mayo de 2018 se emitió el respectivo informe de liquidación, rechazando el pago de la cobertura reclamada por no cumplirse los requisitos que las respectivas pólizas establecen para acceder a ellas, en especial lo indicado en las Condiciones Generales de las pólizas, precisándose en tal sentido que: *"(...) independiente que el dictamen de invalidez fue ejecutoriado en el año 2018 y la invalidez se otorga a contar del 14 de diciembre de 2016, uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza, por lo tanto no se encontraba con cobertura para acceder al beneficio reclamado."*

Se indica además que: *"De acuerdo a informe médico tratante Dr. Víctor H. Correa M. (Dermatólogo), la enfermedad Psoriasis en Placa que le afecta al señor Aising, fue diagnosticada con fecha 05 de junio de 2012, periodo en el que comienza el tratamiento para mejorar los síntomas y signos de la enfermedad, pero sin resultados positivo, sino por el contrario estos con el tiempo se han ido intensificando a pesar de los tratamientos realizados", concluyendo que: "no corresponde otorgar cobertura pues no se cumple con lo indicado en las Condiciones General de la póliza, pues independiente que el dictamen de invalidez fue ejecutoriado en el año 2018 y la invalidez se otorga a contar del 14 de diciembre de 2016, uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza, por lo tanto, no se encontraba con cobertura para acceder al beneficio reclamado".*

Señala que dicha decisión fue impugnada por el demandante, resolviendo finalmente la Compañía, con fecha 8 de junio de 2018, que se mantiene el rechazo de la cobertura reclamada, y precisando que: *"(...) no vemos antecedentes que puedan modificar la resolución de la compañía, pues como hemos señalado, la exclusión se debe a un incumplimiento de la cobertura y las condiciones de la póliza respecto del "inicio del siniestro".*


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Agrega también dicha resolución para confirmar lo indicado que: *"Consideramos incorrecto tratar de hacer ver que la aparición de la Artritis Psoriatica habría sido prácticamente una sorpresa, en el contexto de la presencia de la enfermedad de Psoriasis Escamosa conocida por usted, y directamente relacionada con el cuadro desarrollado con posterioridad"*.

Por último, indica que la decisión de rechazar el siniestro se encuentra plenamente ajustada a la normativa mercantil y a la ley del contrato celebrado, toda vez que se trata del resultado del proceso de liquidación de siniestros, actuación que se realiza en el marco de un procedimiento regulado por el D.S. 1.055, que tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y en caso afirmativo, cuantificar el monto de la pérdida y la indemnización a pagar, todo ello de conformidad al procedimiento que establece el Reglamento.

En el numeral V de la contestación, la demandada deduce.- Excepción De Falta De Legitimación Activa Del Demandante Respecto Del Contrato De Seguro, respecto de la póliza N° 2625598 cuya cobertura se extiende al fallecimiento y la invalidez permanente 2/3 del asegurado.- Expone que dicha póliza de seguros fue contratada por la persona jurídica Clínica Aising Ltda. y se estableció un beneficiario correspondiente a la madre del demandante, doña Ana María Rojas Rojas, por ende, señala que la legitimación activa para solicitar la eventual indemnización por la cobertura del contrato de seguro, la tiene el contratante, correspondiente a la Clínica Aising Ltda.; o la beneficiaria, correspondiente a la madre del actor, por las consideraciones que luego expone, a saber: que la legitimación activa es definida por la propia Corte Suprema indicando que: *"La legitimación activa constituye un presupuesto de la acción, de modo que el ejercicio de cualquiera de ellas debe sustentarse en un derecho*


MARC'S OCHOA G.
Receptor Judicial
Abogado

o interés que autorice a la persona a accionar reclamando la tutela jurisdiccional, cuya procedencia, en definitiva, será determinada en el juicio. Este requisito entonces debe manifestarse en el libelo que contenga la pretensión que se formula, pues determina una serie de consecuencias no solo procesales sino que también sustantivas, como la institución y el marco jurídico aplicable al caso”.

Pues bien, argumenta que en el caso de autos el Sr. Aising no tiene legitimación activa para exigir “el cumplimiento forzado de una indemnización en favor del actor”, tal como erróneamente lo solicita en su demanda, pues debe tenerse presente que en dicha póliza N° 2625598, se designó un beneficiario, correspondiente a la madre del demandante, doña Ana María Rojas Rojas.

Indica que el beneficiario es definido en el propio Código de Comercio como aquel que “sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro”, por ende el principal derecho del beneficiario es poder solicitar los montos de las indemnizaciones acordadas en el contrato de seguro, una vez ocurrido el siniestro. Lo anterior, señala, está expresamente indicado en el artículo 596 del Código de Comercio, al precisar que “para todos los efectos legales, el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar del asegurador la prestación convenida.” Complementando aquello expresa la doctrina que: “El beneficiario es el titular del derecho personal sobre la indemnización en caso de siniestro y, en tal sentido, es el acreedor de la obligación condicional de indemnizar Del artículo 529 N° 2 CCOM. Con tal título, el beneficiario goza de legitimación activa, para dirigir contra el asegurador la acción de cumplimiento, la que se debe regir por las reglas de solución de conflictos del artículo 543 CCOM.”.

Por su parte, indica que en las propias condiciones particulares de la póliza referida, en el artículo N° 3, número 3), se define el beneficiario como:


MARCO CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

(...) *la persona o las personas a quienes corresponde percibir las indemnizaciones o beneficios acordados en este contrato, y que figuran como tales en las Condiciones Particulares de la presente póliza.*" De este modo, consta en las condiciones particulares de la póliza contratada por Clínica Aising Ltda., que se estableció como beneficiario a doña Ana María Rojas Rojas, debiendo entenderse que tal beneficiaria se extiende tanto a la cobertura de fallecimiento como a la cobertura de invalidez permanente 2/3. Expresa que lo anterior se puede corroborar además con lo contenido en el propio texto de la demanda, donde en la página 3 se expresa que: *"El actor tomó estas pólizas, básicamente porque estimó que siendo hijo único, con padre fallecido, y con una madre adulta mayor, no quería correr el riesgo de quedar invalido, sin sustento para él y su familia (...)"*.

De esta forma, observa que al indicarse en el texto de la demanda un beneficiario respecto de la póliza N° 2625598, se le otorga a aquella, y en este caso a la madre del demandante, la calidad de acreedora de la eventual obligación de indemnizar que recae sobre su representada. En síntesis, aquella tiene la legitimación activa para solicitar el pago de las eventuales indemnizaciones que procedan a raíz de dicho contrato de seguro.

Incluso, indica que tampoco en estos autos interpuso la acción la sociedad Clínica Aising Ltda., quien al ser contratante de las pólizas referidas, también tiene legitimidad activa para solicitar las indemnizaciones que se indican; sino que derechamente accionó el asegurado don Sebastian Aising Rojas, a pesar de haberse explícitamente determinado un beneficiario en tal póliza y tampoco constituir directamente el contratante de aquella. Incluso en el propio petitorio del texto de la demanda se expresa que se solicita que *"se condene a la demandada a al cumplimiento forzado de una indemnización a favor del actor (...)"*, lo que refleja también la evidente falta de legitimación activa del


MARCOS ORCITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

demandante. De esta forma, argumenta, carece el actor de legitimación activa para solicitar el cumplimiento de la indemnización respecto de la póliza N° 2625598, por no constituir ni el contratante ni el beneficiario de aquel contrato de seguro.

En el Numeral VI sostiene la Improcedencia Del Pago De La Cobertura Solicitada Por No Cumplirse Las Condiciones Establecidas En La Póliza, toda vez que la decisión de la demandada, expresada en los respectivos informes de liquidación, encuentra su amparo al tenor del contrato celebrado entre las partes, esto es, se rechazó el pago de la cobertura pretendida en razón de las condiciones establecidas en las respectivas pólizas para acceder a ellas.

Indica que las causas de la negativa a pagar la cobertura pretendida por el actor es en razón que al menos una de las enfermedades que originó la declaración de la invalidez 2/3 fue originada con anterioridad a la vigencia de la póliza. Al efecto, la psoriasis padecida por el actor, y que fue determinante para la declaración de invalidez 2/3, fue diagnosticada al Sr. Aising al menos el año 2011, esto es, con anterioridad a la vigencia de las pólizas. En este sentido, expresa que la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones ha señalado, en informe dirigido a la Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago en causa Rol N° 47814-2018, que se da cuenta del diagnóstico de psoriasis con anterioridad al inicio de la vigencia del contrato de seguro al indicar: "(...) Psoriasis diagnosticada en el año 2011 (...)". Indica que en el mismo informe, en la página 3, se señala lo siguiente: "*Sin embargo, durante el mes de diciembre de 2017, en el ejercicio de sus facultades legales, esta Comisión Médica Central procedió a revisar de oficio lo resuelto en la etapa de reclamo y reposición del afiliado, considerando que el impedimento psoriático fue evaluado desde el punto de vista neurológico, pero no dermatológico, por lo que esta Comisión acordó requerir una evaluación dermatológica con doctora Raggio, (...).*"


MARCO S CACTUS G.
Receptor Judicial
Abogado

Recibido el informe, esta Comisión Médica Central concluyó que corresponde configurar impedimento por psoriasis en clase II, rango medio, con un 25% de menoscabo individual (...). Con todo, esta Comisión Médica Central acordó dejar sin efecto sus resoluciones anteriores; revocar el dictamen de invalidez; y resolvió que procede otorgar invalidez total definitiva, representada por la pérdida de un 68% de la capacidad de trabajo del afiliado (...). Por consiguiente, el recurrente adquirió el derecho a pensión de invalidez total definitiva.

Observa que dentro de los documentos acompañados en esa oportunidad por la Comisión Médica Central, en particular el denominado “Solicitud de apelación – SOL_APE.31803”, se señala expresamente lo siguiente en la página 5: “Anamnesis y cronología de la evaluación: Psoriasis dg 2011”.

Asimismo, en el “Informe Médico” del Dr. Francisco Radrigán Araya, que se encuentra dentro del documento denominado “Solicitud de Apelación – SOL_APE.29343”, se señala lo siguiente: “Paciente de 37 años, portador de Psoriasis de larga data”. A su vez, en el “Informe Médico” del Dr. Victor Correa, que se encuentra dentro del documento denominado “Solicitud de Apelación - SOL_APE.34495”, se señala lo siguiente: “Desde Junio del año 2012 es paciente Dermatológico de VitaClinic, ha sido tratado desde entonces por una Psoriasis en placa en zonas acotadas del cuerpo principalmente tronco, cuero cabelludo y piernas, respondiendo bien entonces a tratamientos antipsoriáticos tópicos. En Junio 2016 la enfermedad se reactivó pero esta vez comprometiendo articulaciones mayores y menores en forma extensa y agresiva en todo el cuerpo (...)”.

Por último, agrega que luego de que el asegurado acudiera a la Presidencia de la República para efectos de que oficiara a la Comisión Médica Central, se reactivó el procedimiento, para efectos de considerar el aspecto


MARIO SACTUAG.
Receptor Judicial
Abogado

dermatológico de la psoriasis, que es precisamente la enfermedad que detonó que la incapacidad superara los 2/3 exigidos en el contrato, tal como veremos en el capítulo siguiente.

Indica que, encontrándose no controvertido que la psoriasis fue diagnosticada al actor con fecha anterior a la contratación, corresponde señalar además que dicha enfermedad fue totalmente gravitante para la declaración de invalidez 2/3, y se grafica en las resoluciones de la Comisión Médica Central que, sin incluir la enfermedad originada con anterioridad a la póliza, daban un porcentaje de invalidez inferior a los 2/3 requeridos. En efecto, asegura que solo una vez que se incluyó la psoriasis diagnosticada, al menos el año 2012, la Comisión concluyó que: *"Analizados los antecedentes aportados en evaluación dermatológica se sugiere configurar impedimentos psoriasis con menoscabo en clase II rango medio, 25%, propuesta por dermatóloga interconsultora, sumado a esto la artropatía psoriática con 49% y el Trat. Inmunosupresor con 10%, la llevan, con Factores Complementarios (2 por educación) a Invalidez Total definitiva, con menoscabo global 68%. Por tanto, corresponde modificar resolución y otorgar invalidez total definitiva con un menoscabo de 68%, conforme a tabla adjunta."*

Asimismo, destaca la demandada, que no es efectivo que su representada insinúe que la psoriasis y la artritis psoriática constituyen la misma patología, tal como lo indica el actor en el capítulo III de su demanda. Lo anterior sin perjuicio de la efectiva existencia de una relación entre ambas.

Finalmente, expone que no obstante las referencias a la buena fe que hace la demandante, corresponde indicar que el establecimiento y cumplimiento de las condiciones para que se otorgue la cobertura constituyen parte de un elemento esencial del contrato de seguros, esto es, el riesgo que se transfiere, pues no parece justo, tampoco a la luz de la buena fe, obligar a su representada


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

a otorgar cobertura a la luz de los lamentables padecimientos que afectan al Sr. Aising; el hecho que se establezca en las pólizas que las enfermedades que originen la invalidez 2/3 tengan su origen o causa anterior a la contratación de la póliza, tiene precisamente que ver con la esencia del contrato de seguros, razón por la cual mal puede el actor en virtud de la "*buena fe*" desconocer los términos de la contratación y obligar a su representada a asumir un riesgo no contemplado. En consecuencia, señala que incumpléndose las condiciones establecidas en las pólizas contratadas, no cabe más que concluir que la decisión de la Compañía al rechazar se encuentra plenamente amparado a la luz del contrato, los elementos esenciales del contrato de seguro, y la buena fe.

En el Numeral VII argumenta sobre El Carácter Fundamental De La "Psoriasis Dérmica" Para La Declaración De La Invalidez Total Y Permanente De Dos Tercios, toda vez que se desprende de la resolución emitida por la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones de fecha 14 de marzo de 2018, sólo se alcanzó el 68% de invalidez que indica el demandante al considerarse la psoriasis dérmica o en placa que sufría el actor con anterioridad a la contratación de los contratos de seguros que fundamentan estos autos; ello después del ejercicio de variados recursos administrativos ordinarios y extraordinarios contra la resolución que confirió el porcentaje original de incapacidad parcial del actor, que como adelantamos era menor a los 2/3.

Indica la demandada que, tras recursos de reposición, reclamación y extraordinarios de revisión presentados por el actor, los cuales no lograron aumentar el grado de invalidez originalmente calificado por la comisión evaluadora, por oficio ordinario N° 29842 de 29 de diciembre de 2017, la Superintendencia de Pensiones instruyó a la Comisión Médica Central revisar la resolución N°C.M.C. 11473/2017, de fecha 30 de octubre de 2017, que confirmaba el menoscabo del actor en un 51% de incapacidad. En virtud de lo


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

anterior, y tras el ejercicio extraordinario de revisión, se revocó la resolución indicada, y se procedió a otorgar la invalidez total definitiva del demandante, calculándose aquella en un 68%. Señala que para tal revisión extraordinaria del porcentaje de invalidez del actor, y según reconoce expresamente la Comisión Medica Central, fue factor clave y fundamental considerar la psoriasis en placa o dérmica que ya sufría el demandante desde el año 2011.

En tal sentido se indica en uno de los antecedentes que llevaron a dictar dicha resolución que: "(...) Se reciben informes Dra. Raggio, dermatóloga, propone configurar impedimento psoriasis en placas con menoscabo en clase 99 rango medio. Afiliado refiere presentar desde hace 10 años placas descmativas en cuero cabelludo, de curso progresivo, el año 2012 se diagnostica psoriasis e inicia tratamiento local." (...) Analizados los antecedentes aportados en evaluación dermatológica se sugiere configurar impedimentos psoriasis con menoscabo en clase II rango medio, 25%, propuesta por dermatóloga interconsultora, sumado a esto la artropatía psoriática con 49% y el Trat. Inmunosupresor con 10%, la llevan, con Factores Complementarios (2 por educación) a Invalidez Total definitiva, con menoscabo global 68%. Por tanto corresponde modificar resolución y otorgar invalidez total definitiva con un menoscabo de 68%, conforme a tabla adjunta"

4. Expone que de esta forma, y como se aprecia de los antecedentes de la Comisión Médica Central, y tras variados recursos ordinarios y extraordinarios, la causa fundamental de la declaración de incapacidad total y permanente del actor fue que se consideró la psoriasis dérmica o en placas que sufría el demandante desde el año 2011, lo que permitió que la incapacidad alcanzara el grado final de dos tercios.

Luego en el numeral VIII, trata Del Derecho: Sobre Los Requisitos Para La Procedencia De La Obligación De Indemnizar, señalando que para la


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

procedencia de la obligación de indemnizar, se requiere que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, trayendo a colación lo establecido por el artículo 530 del Código de Comercio, a saber: *“el asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella.”* Indica que la doctrina precisa que los requisitos de las indemnizaciones procedentes del contrato de seguro son: “Para la procedencia de la obligación de indemnizar, es necesario que concurran los siguientes requisitos: a) Que exista un contrato de seguro y que este contrato sea válido; b) Que el asegurado haya cumplido con todas las obligaciones y cargas que le impone el contrato de seguro y la ley; c) Que ocurra un siniestro por alguno de los riesgos previstos y cubiertos en la respectiva póliza; y d) Que el siniestro ocurra durante la vigencia del contrato.”

A su vez, señala que la jurisprudencia de la Corte Suprema, tratándose de seguros con cobertura de invalidez dos tercios, ha enfatizado la necesidad de que el siniestro tenga su origen u ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza contratada, puntualizando que aquello es una manifestación de la fuerza obligatoria del contrato. Así se ha fallado que: *“La individualización y delimitación del riesgo asegurado constituye un aspecto de notable relevancia, el que puede abarcar, con mayor o menor detalle, la especificación de los riesgos o causas del siniestro, la identificación del interés y del bien asegurado, la determinación de la duración temporal y/o la descripción del lugar o contexto en que debe acontecer el riesgo. (...) Que viene, entonces, al caso considerar lo preceptuado en el artículo 1545 del Código Civil, con arreglo al cual, el contrato tiene fuerza de ley entre quienes han concurrido a su celebración y, por ello, el acreedor cuenta con el derecho para instar por su cumplimiento, en tanto que el deudor se encuentra en la necesidad jurídica de cumplir, literalmente, con el deber de prestación acordado. (...) De acuerdo a*


MARCOS GACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

la cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente de dos tercios, (...) se estipula, (...) que el monto asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento, será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez permanente de dos tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: c) que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional. (...) Que de esta manera, entonces, atendido que la cobertura del riesgo de invalidez que contrataron las partes, quedaba supeditada en la letra del contrato a que el siniestro -enfermedad o accidente que la causara- tuviera lugar durante la vigencia de lo estipulado, no cabe sino entender que no se encontraba cubierta la invalidez que se hubiere verificado con anterioridad a su entrada en vigor"

En el Numeral IX la demandada se refiere al Principio De La Buena Fe, expresando que el principio de buena fe en materia de seguros es de la máxima importancia, especialmente en los seguros de personas, pues la confianza de cada una de las partes en la otra es un elemento determinante para asumir el riesgo y pagar la póliza, por ende ha de estarse no solo a la búsqueda del propio interés de cada parte, sino también en respetar y propiciar el interés de la contraparte en el contrato. De este modo, se estará cumpliendo el principio de buena fe.

Luego cita al profesor Ruiz-Tagle Vial quien en su tratado referido a la buena fe en materia de seguros, expresa que estaremos ante una falta la buena fe: *"si cada parte vela o se ocupa de satisfacer únicamente su propio interés o necesidad, sin atender al del otro contratante, [pues aunque] puede darse una estricta relación de obligaciones expresas (...) la buena fe estará ausente. Faltan aquellos deberes secundarios coadyuvantes de la relación principal*


MARC S. CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogada

establecida entre las partes". Explica que en similar sentido el tratadista italiano Emiliano Betti refiere a ese velar por el interés contractual de la contraparte para que se cumpla el principio de la buena fe: "La buena fe somete a control, por entero, el comportamiento de las partes; no solo de una de ellas, sino también de la otra, en sus recíprocas relaciones, tanto en cuanto que también la otra parte debe encontrar satisfecha una expectativa propia (énfasis nuestro). Lo que es evidente en las relaciones contractuales con prestaciones recíprocas, pero no deja de hacerse sentir la exigencia de reciprocidad en las relaciones de otro tipo. La buena fe se podría caracterizar como un criterio de conducta que se funda sobre la fidelidad del vínculo contractual y sobre el compromiso de satisfacer la legítima expectativa del interés de la otra parte en la medida exigida por el tipo de relación obligatoria de que se trata: compromiso en satisfacer íntegramente el interés de la parte acreedora en la prestación".

Indica que esta búsqueda en satisfacer el interés de la contraparte, determina ciertos deberes que recaen sobre las partes, uno de los más importantes es el cumplimiento de las obligaciones y condiciones establecidas en la póliza a efectos que se otorgue la cobertura pretendida, así expresa, su representada ha actuado de buena fe, velando por el cumplimiento de lo establecido en el contrato, sometiendo su actuar a las pólizas contratadas, leyes del contrato conforme a lo dispuesto en el artículo 1545 del Código Civil.

Por último, en mérito de lo expuesto, antecedentes de hecho y normativa legal citada, la demandada solicita tener por contestada la demanda interpuesta por don Sebastian Aising Rojas, y en definitiva rechazar la demanda en todas sus partes, declarando: Que se acoge la excepción de falta de legitimación activa del demandante respecto de la póliza N° 2625598.; Que se rechaza la demanda en todas sus partes, por no cumplirse las condiciones contenidas en los contratos


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

de seguros individualizados en autos para el pago de las coberturas solicitadas; Que no corresponde el pago de indemnización alguna al demandante y; Que se condena en costas al actor.

A fojas 120 y con fecha 06 de mayo de 2020, la parte demandante evacúa la Réplica, indicando que la contraria ha reconocido expresamente una serie de hechos, respecto de los cuales debe considerarse judicialmente confesa de conformidad al artículo 399 del CPC en relación al artículo 1713 del Código Civil, de manera que para todos los efectos legales, debieran considerarse no controvertidos en la causa, a saber:

1. Que efectivamente contrató con el actor las pólizas de seguro de incapacidad dos tercios N°2625580 y 2625598 por la suma de UF20.000 y UF15.000, respectivamente. (Página 4).

2. Que estas pólizas entraron en vigencia con fecha 1 de agosto de 2014. (Página 4).

3. Que para todos los efectos, según la demandada, el siniestro se entiende ocurrido con fecha 14 de diciembre de 2016. (Página 8).

4. Que estas pólizas aseguraban el riesgo de que su representado quedara con invalidez total (incapacidad superior a 66%) a causa de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, en cuyo caso la compañía debía pagarle por concepto de estos dos seguros la cifra de UF20.000 y UF15.000 respectivamente. (Página 4 y 5).

5. Que su representado efectivamente fue declarado con invalidez total por parte de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones el 14 de marzo de 2018, con vigencia retroactiva al 14 de diciembre de 2016. (Página 8).

6. Que la psoriasis dérmica y la artritis psoriática son dos enfermedades


MARCO S GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

diferentes, la primera ocurrida antes de contratar las pólizas y la segunda durante la vigencia de estas. (Página 16, párrafo 13)

Luego en el numeral III, se refiere a la Excepción De Falta De Legitimación, señalando que: La contraria alegó en su contestación que el actor no tiene acción o legitimación activa para reclamar la indemnización, pago o cumplimiento forzado de la póliza "N°2625598 por cuanto el "sólo" revestiría la calidad de asegurado, pero no de beneficiario. Esta última calidad la tiene su madre, pero no él.

En primer lugar, señala que la excepción debe ser desechada por cuanto el mismo contrato de seguro establece que el asegurado tiene derecho de exigir la indemnización por invalidez; ello queda claro porque éste establece que deberá pagarse dicho monto al asegurado una vez ocurrido el siniestro. Así el artículo N°1, condiciones generales, en la cláusula adicional (CAD 320130482) denominada "*PAGO ANTICIPADO DE CAPITAL ASEGURADO EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS*", establece: "*Cobertura: La aseguradora pagará en forma anticipada al ASEGURADO, el capital asegurado, establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de invalidez total y permanente dos tercios*".

Argumenta que este párrafo expreso de las condiciones generales de la póliza incluso fue citado por la propia demandada en la página N°6 de la contestación. De manera que la póliza N°2625598 en forma expresa establece el derecho del señor Aising a reclamar el pago anticipado del capital asegurado, en caso de quedar invalido en vez de fallecer. Indica que si la contraria aportara algún argumento de texto, de interpretación del contrato, ni hablar de una cláusula expresa al respecto, una norma jurídica o jurisprudencia, tendría mayor sentido lo que alega, pero nada de eso aporta. Sostiene que Euroamerica solo


MARCO S GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

cita definiciones legales y contractuales de qué se entiende por "beneficiario" de seguro de vida, pero jamás explica por qué el asegurado no tiene legitimación para reclamar el pago del seguro en caso de invalidez, sino que simplemente sostiene que "el asegurado" no puede demandar la indemnización del seguro, solo el beneficiario, sin explicar en modo alguno en que norma jurídica sustenta esa oportunista conclusión. Indica que también omite explicar, en primer lugar, que la póliza tiene un condicionado particular que asegura dos riesgos diferentes; vida e invalidez, y en segundo lugar, que la póliza tiene un condicionado general aplicable a los seguros de vida y una cláusula adicional aplicable específicamente al seguro de invalidez, en caso que sea éste el riesgo que ocurra primero y no la muerte.

Observa que la póliza N° 2625598, es una póliza seguro de vida y de incapacidad total dos tercios. Es decir, dicha póliza asegura dos riesgos diferentes; (i) la vida/muerte del asegurado; (ii) la invalidez total del asegurado. Entonces, en lo que respecta al riesgo de muerte, el bien asegurado es la vida del señor Aising, por ende si este fallece, es el beneficiario indicado en la póliza - su madre - quien tendrá derecho a la indemnización, cuestión de toda lógica señala pues el difunto no podrá por obvias razones gozar de la indemnización del seguro; por ello en los seguros de vida siempre se especifica a un tercero beneficiario del mismo. En este caso, la madre del señor Aising.

Sin embargo, indica que la misma póliza asegura también el riesgo de incapacidad total del asegurado. En dicho caso, el señor Aising quedará vivo pero invalido, por lo tanto más que nunca necesitará que el seguro lo indemnice del riesgo de haber quedado incapacitado de por vida. Luego, expresa es evidente que es el actor el principal legitimado para exigir la indemnización correspondiente. La póliza en forma expresa establece el derecho del señor Aising a reclamar el pago del capital asegurado en caso de quedar inválido en


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

vez de fallecer.

Indica que es impresentable que la Compañía intente desconocer la estructura de la póliza N°2625598, la que asegura dos riesgos diferentes, y expresamente le otorga al asegurado el derecho a ser indemnizado anticipadamente en caso de invalidez. A mayor abundamiento, la misma Ley otorga acción al asegurado de exigir a la compañía aseguradora la indemnización correspondiente en caso de invalidez. En efecto, así lo señala expresamente Código de Comercio en su artículo 588 incisos tercero y cuarto, al definir los seguros de personas: *"Por el seguro de accidentes personales el asegurador se obliga, conforme a las modalidades estipuladas, a indemniza al asegurado o a sus beneficiarios, las lesiones corporales, la incapacidad o la muerte que éste sufra a consecuencias de un accidente."*

Por el seguro de salud, o las modalidades de otros seguros que incluyan dicha cobertura, el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requiriesen de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente."

Señala que la compañía cita algunos artículos del Código de Comercio que definen los derechos de un beneficiario en un seguro de vida, pero omite este fundamental artículo (588) que describe a los seguros de personas en general, no solo el seguro de vida. Conforme lo anterior, arguye que es claro que el señor Aising goza de plena legitimidad para exigir la indemnización pactada en el contrato de seguro, por lo que la falta de legitimación activa - indica- debe ser desechada de plano.

Luego, en el numeral IV relativo a la Supuesta Falta De Cumplimiento De Condiciones De Cobertura, señala que Euroamerica pide que se rechace la demanda en base a que no se cumplen los requisitos para el pago del siniestro


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

consistente en la invalidez de su representado, citando para ello los informes del liquidador del seguro, y reiterando los argumentos en virtud de los cuales, este último recomienda no dar cobertura a la enfermedad del actor.

Argumenta que dichos informes del liquidador emanan de la propia demandada, toda vez que la liquidación del siniestro la hizo EUROAMERICA, informes que fueron emitidos y suscritos por su gerente de operaciones, y no por un tercero independiente. Por ende, argumenta, los informes de liquidación no son más que la propia opinión de la demandada, y que no podría considerarse como prueba o antecedente plausible de rechazo documentación emitida y construida por la propia demandada para sustentar su defensa. Indica que de esta forma, la demandada, estaría utilizando como argumento exclusivo del rechazo el hecho de haber tenido el actor, antes de la contratación de las pólizas, una enfermedad a la piel denominada "*psoriasis dérmica*" que explicamos en detalle en nuestro libelo.

Indica que Euroamerica reconoce en su contestación que la psoriasis a la piel y la artritis que hoy día padece el actor, son dos enfermedades diferentes. Dice en su contestación en la página 16, párrafo 13, lo siguiente: "*Asimismo, corresponde destacar que NO es efectivo que mi representada insinué que la psoriasis y la artritis psoriatica constituyen la misma patología...*". Sin embargo, acto seguido y en forma vaga, asegura que "*hay una relación*".

En este sentido, el actor pasa a citar las partes relevantes de los informes emitidos por los médicos tratantes de su representado;

(i). Dr. Victor Correa M Dermatólogo de Vitaclinic - citado por la contraria - señala en Informe Médico Complementario de 18 de junio de 2018 lo siguiente: "*En junio 2016 el paciente debuta con otra patología, la cual es de origen reumatológico que compromete articulaciones mayores y menores en forma extensa en todo el cuerpo, el cuadro fue calificado por el especialista*


MARCOS CACERES G.
Receptor Judicial
Abogado

reumatólogo Dr. Francisco Radrigán, como una enfermedad autoinmune con el diagnóstico de *Artropatía Psoriática severa*, patología de carácter degenerativo, progresivo, que afecta múltiples articulaciones, tejido óseo, inserciones musculares, tendones y la musculatura involucrada, esta enfermedad es otra patología distinta a la psoriasis”.

(ii) Dr. Francisco Radrigán Araya, Reumatólogo Clínica UC., San Carlos de Apoquindo, señala lo siguiente en su informe de fecha 14 de septiembre de 2017: “Paciente de 38 años, de profesión odontólogo, portador de *Artritis Psoriática* desde Junio de 2016. Su enfermedad se ha caracterizado por presentar un intenso compromiso en articulaciones periféricas, de predominio en manos, muñecas, codos, hombros, esternoclavicular, rodillas, pies.”

(iii) Dr. Marcela Valenzuela G, neuróloga Clínica Alemana, en informe de fecha 6 de octubre de 2016, señala: “*Informo a ustedes estar atendiendo al paciente Sebastian Aising Rojas CI:13.905073.8. Quien presenta como antecedentes una artritis psoriática además de una psoriasis.*” “Paciente debe seguir en controles estrictos por neurología y reumatología.”

Argumenta que todos estos informes, emitidos por tres facultativos de diferentes especialidades y clínicas, confirman que la psoriasis artrítica y la psoriasis dérmica son dos enfermedades diferentes, que la propia demandada así lo reconoce, por lo tanto, indica, es un hecho no controvertido en autos.

En el numeral V, sobre el Supuesto Carácter Fundamental De La Psoriasis Dermica Para La Invalidez Del Actor, señala que la demandada acomoda los argumentos, citas, artículos, informes, etc, en el orden que más le conviene para invertir la lógica de las cosas y concluir que no hay cobertura en la póliza.

Indica que la Comisión Central hace un desglose de todas las patologías,


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

factores o elementos que conllevan a un determinado grado de incapacidad. Expresa que, en un primer momento, la comisión dictaminó que ese conjunto de factores sumaba por sí solos un cincuenta y seis por ciento (56%) de invalidez. Luego, el actor no estuvo de acuerdo con dicha evaluación y ejerció los recursos dispuestos al respecto, siendo finalmente acogida su posición por la Superintendencia de Pensiones, declarándolo invalido total y permanente, con un 68% de incapacidad.

Señala que EuroAmerica invierte el orden lógico de la causa directa o inmediata de la incapacidad, aferrándose al último informe de la Superintendencia de Pensiones que le asignó a la psoriasis dérmica los 10 puntos de incapacidad extras para completar el 66% requerido, sin embargo, ese no es el razonamiento lógico y menos el jurídico para efectos del seguro, según el cual se debe estar a la causa determinate del siniestro, esto es, aquella que gatilla la incapacidad, para definir si está cubierto en la póliza.

Indica que, tal como se señaló en la demanda, el actor contrató las pólizas de autos teniendo psoriasis dérmica, lo cual es un hecho conocido por la demandada al momento de la contratación y aceptado por esta; de otra manera habría aplicado la exclusión de preexistencia, cosa que no hizo y que de hecho descartó expresamente. Expresa que en ese momento el señor Aising no era incapaz, ni siquiera parcialmente; podía hacer su vida con total normalidad en todos los sentidos posibles, y en el peor de los casos un 13% de incapacidad producto de la enfermedad a la piel.

Observa que solo a contar de la aparición de esta nueva, diferente y gravísima enfermedad reumatológica, ocurrida dos años después de contratada las pólizas, el actor se convierte en una persona totalmente invalida. Indica que la composición de la invalidez de mí representado según la propia declaración oficial de Invalidez es; Artritis Psoriatica: Incapacidad 49%. Tratamiento


MARCOS CACIUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Inmune: Incapacidad 4%. Psoriasis de piel: Invalidez 13%. Educación: Incapacidad 2%. Los factores destacados que la Compañía no objeta, suman un 55% de incapacidad. La enfermedad preexistente a la piel, representa solo el otro 11% que se necesita para llegar a incapacidad 2/3 (66%).

Explica que lo relevante es el hecho que el señor Aising, antes de la celebración del contrato de seguro, era perfectamente capaz aun cuando tuviera una enfermedad a la piel, y que luego, dos años después quedó inválido por una nueva patología, encontrándose plenamente vigente la póliza de seguro.

Expresa que la demandada tiene una confusión de conceptos, ya que en primer lugar, el siniestro no es la psoriasis dérmica pre-existente sino que la artritis que sufre el señor Aising, siendo esta última patología la que genera el siniestro y que no estaba presente al momento de la suscripción del contrato.

Dice que es muy importante el artículo 529 del Código de Comercio, puesto que el asegurador tiene la obligación de entregar toda información oportuna y fidedigna al asegurado, procurando ofrecer los productos y servicios que necesite según su situación., citándola a continuación: *"Obligaciones del asegurador. Además de la contemplada en el artículo 519, el asegurador contrae las siguientes obligaciones: 1) Cuando el seguro fuere contratado en forma directa, sin intermediación de un corredor de seguros: prestar asesoría al asegurado, ofrecerle las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro. Cuando el seguro se contrate en esta forma, el asegurador será responsable de las infracciones, errores y omisiones cometidos y de los perjuicios causados a los asegurados"*. Señala que el argumento de la contraria de que no es posible considerar la psoriasis dérmica dentro de los parámetros de medición de invalidez, porque era una condición anterior a la firma de la póliza, es una


MARCO CASTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

flagrante violación a la norma señalada puesto que Euroamerica debió explicitar claramente, que el seguro no solamente exige que (i) el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, sino que además es necesario (ii) que la Superintendencia de Pensiones asigne a la enfermedad ocurrida durante dicha vigencia, un 66% de incapacidad por si sola, independiente de otros factores de incapacidad (educación, condiciones o limitaciones previas, etc.), lo cual jamás se explica en la póliza. No existe esa condición en el contrato.

Luego cita un ejemplo para que se entienda mejor. Una persona sufre de artrosis en las rodillas, toma un seguro de incapacidad 2/3 y dos años después cae en bicicleta y se golpea la cabeza perdiendo irremediablemente sus capacidades cognitivas y físicas. La Superintendencia lo declara invalido con un porcentaje total de incapacidad de un 70%. Pero al descomponer la cifra, le asigna un 60% al golpe en la cabeza y un 10% a la artrosis en las rodillas. Se pregunta si ¿El seguro tampoco sirve? ¿No cubre a esa persona que quedó postrada? Señala que eso no está explicado en las pólizas de autos, y que el asegurador jamás le mencionó algo así al señor Aising al momento de la contratación.

En el numeral VI, expone sobre la Artritis Como Causa Inmediata, Directa Y Determinante de la invalidez del actor argumentando que para que un siniestro sea indemnizable o cubierto por el seguro, debe estar a la causa directa, inmediata o determinante del mismo puesto que todo el mundo tiene un grado de incapacidad de por si, y que cuando una Compañía de Seguros otorga una póliza de incapacidad a una persona, sabe de antemano que dicha persona ya tiene un grado incapacidad menor, de por sí, pero ese menor grado de incapacidad, en caso alguno convierte a dicha persona en un invalido total (requiere de un 66% de incapacidad según DL. N°3500, artículo 4°).

Concluye que, lo que asegura la póliza, es el riesgo que en el futuro ese


MARC'S EACRU A G.
Receptor Judicial
Abogado

individuo que hoy no es invalido de acuerdo a los parámetros médicos legales, llegue a serlo producto de una enfermedad o un accidente y que sea determinante para causar tal condición; que una enfermedad artrítica, degenerativa incurable, que limita de tal forma al afectado, que este no es capaz ni de vestirse sin asistencia, es claramente una enfermedad causante en forma determinante de la invalidez total que afecta al actor.

Expresa que, si se ve en términos de causalidad legal, no puede sino concluirse que la Artritis que padece el actor es la causa eficiente, inmediata o directa que provoca su invalidez en términos que, de no existir tal enfermedad, el actor sería una persona capaz, sin invalidez de tipo alguno, ni siquiera en grado parcial, aun padeciendo psoriasis dérmica.

Posteriormente, en el numeral VII titulado Siniestro Ocurrido Durante Vigencia De La Póliza, indica que en el capítulo V.III relativo al derecho, la contraria sostiene que de acuerdo al artículo 530 del C. Comercio, es requisito esencial que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza, citando un fallo de la Corte Suprema (artículo 530) en el que se recuerda que el condicionado general de la póliza exige que el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza. En el caso en cuestión una persona sufría esquizofrenia, y fue diagnosticada y declarada 2 años antes de la firma de una póliza de seguro, luego, su esquizofrenia se agudizó y quedó inválida totalmente no pudiendo cobrar el seguro debido a que contrató el seguro sufriendo de esquizofrenia. Se trata de una sola patología, y que el caso de autos es completamente diverso, porque el actor sufre de dos patologías diferentes, una leve, previa a la póliza y otra diferente muy grave y posterior a su contratación.

Expone que la controversia radica en que para Euroamerica ese siniestro ocurrió antes de la entrada en vigencia de la póliza; en cambio, para el actor es que evidentemente ocurrió durante la vigencia de la póliza, ya que don


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Sebastián Aising fue declarado inválido totalmente en abril de 2018, a causa de la nueva y grave enfermedad reumatoide que le apareció en dicha fecha. Antes de ello el actor era una persona perfectamente capaz.

El actor alega en el acápite VIII, que La Compañía Aseguradora No Alegó Preexistencia, y que las pólizas de autos fueron contratadas teniendo éste psoriasis dérmica, un hecho conocido por la demandada al momento de la contratación y aceptado por esta. Que de otra manera habría aplicado la exclusión de preexistencia, cosa que no hizo y que, de hecho, descartó expresamente.

Exterioriza que, en materia de seguros de personas, generalmente las pólizas expresamente excluyen el riesgo de muerte cuando su causa es un suicido. También en los seguros de salud y de incapacidad, normalmente quedan excluidos los siniestros causados por enfermedades preexistentes; ¿Y se pregunta por qué la contraria no alega exclusión de preexistencia? Indica que la respuesta es que no puede hacerlo, ya que debió conocer o conoce de la psoriasis dérmica que su representado tenía al momento de contratar la póliza de seguro. Revela que Euroamerica podría haber excluido de cobertura los siniestros causados por dicha enfermedad, pero no lo hizo, y pasó hace mucho tiempo el plazo legal para hacerlo (dos años según artículo 592 de CCO).

Insiste que la Compañía no excluyó dicho riesgo porque lo aceptó; al efecto señala que el artículo 530 del Código de Comercio señala que: *“El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella. A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley”*; por ende, si el asegurador no excluye uno o más riesgos de la cobertura de la póliza, se entiende legalmente que lo aceptó, estándole prohibido por ley, luego, aplicar la exclusión de preexistencia.


MARC GACITUA G.
Receptor Judicial
Alegado

Señala que como la aseguradora no puede alegar exclusión de preexistencia, tampoco puede desmarcarse de su obligación por el hecho de haber tenido su representado la psoriasis dérmica antes de contratar la póliza. La ley entiende que el asegurador conocía la psoriasis dérmica y aun así aseguró a su representado por incapacidad de dos tercios, sin ningún tipo de exclusión o limitación.

Expone que la Compañía de Seguros sabía que su representado era plenamente capaz a la fecha de la celebración de los contratos de seguro, independientemente de su enfermedad a la piel, y que tuvo todos los antecedentes para evaluar los riesgos que asumía, y decidió tomarlos pues consideró poco probable que su representado quedará totalmente invalido.

En el acápite siguiente, denominado Clausulas Vagas Se Interpretan A Favor Del Asegurado, el actor explica que, cuando el condicionado general de la póliza exige que el siniestro ocurra durante su vigencia, se refiere a que en la declaración de invalidez la suma de todos los factores que la Superintendencia considera, deben dar como minimo 66% de incapacidad y todos ocurrir durante la vigencia de la póliza, declara que estaríamos frente a una cláusula redactada en términos vagos, porque definitivamente no dice eso.

Argumenta que las cláusulas vagas u obscuras de una póliza de seguro, se interpretan en favor del Asegurado, conforme lo establece el artículo 3° Letra E, inciso tercero del DFL 251 del Código de Comercio, que reza lo siguiente: *"Será responsabilidad de las compañías que las pólizas de seguros que contraten, estén redactadas en forma clara y entendible, que no sean inductivas a error y que no contengan cláusulas que se opongan a la ley. En caso de duda sobre el sentido de una disposición en el modelo de condición general de póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante, asegurado o beneficiario del seguro, según sea el caso"*.


MARCO GARCIA G.
Receptor Judicial
Abogado

Expone que el contrato de seguro es un “contrato de adhesión” pues la redacción viene predeterminada, y que la expertice en estas materias la tiene el asegurador, no el asegurado.

Señala que, la norma anterior está alineada con el inciso primero del artículo 1566 del Código Civil de interpretación de los contratos que dice: *“Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán en contra de ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que debió darse por ella”*.

Expone que dichas normas se aplican para el caso de marras porque la demandada extendió el contrato sin posibilidad de negociar su redacción, y que no puede escudarse en que una cláusula ambigua tenga un sentido super específico y conveniente que solo revela ex post, señalando que esto es inadmisibile y contrario a los artículos 1566 del Código Civil y especialmente al artículo 3 letra e) del DFL N° 251 y al artículo 529 del Código de Comercio. Ergo, no puede darse una interpretación de esa naturaleza.

Por último en el acápite X, denominado de la Máxima Buena Fe En Materia Contractual, el actor argumenta que la demandada alega que aplicar la cobertura pactada en la póliza no es actuar de mala fe, sino que es proceder según lo que corresponda contractualmente hablando; para ello, cita opiniones generales de doctrina, que poco aportan al debate de este caso concreto, dado que no analizan el principal deber del asegurador, que es dar cumplimiento a la indemnización pactada en el contrato, absteniéndose de recurrir a interpretaciones que le permitan eludir su obligación.

Expone que el principio de la máxima buena fe va de la mano con artículos mencionados en esta réplica, tales como el 530 y 529 del Código de Comercio, el artículo 3 del DFL 251 y el 1566 del Código Civil, y argumenta


MARC GACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

que todos estos artículos exigen que la Compañía de Seguros asesore correctamente a su cliente, "el asegurado", respecto de la cobertura que está contratando, en el sentido que le sea realmente útil y lo proteja. Asegura que en casos que los riesgos no queden determinados, se entiende que el seguro responde de todos los siniestros que genérica y naturalmente se deberían entender cubiertos, y existiendo ambigüedad, la disposición se interpreta en favor del asegurado.

Señala que si una Compañía de Seguros le dice a una persona invalida que, el seguro de invalidez que tomó no está cubierto porque un pequeño porcentaje de incapacidad es previo a la contratación de la póliza, simplemente está contraviniendo todos estos estatutos, al incurrir en dos o más de los siguientes actos contrarios a la buena fe contractual: (i). No explicitó claramente la interpretación de las condiciones de cobertura que hoy día sostiene en forma tan específica y conveniente; (ii) Interpreta el seguro y sus genéricas condiciones, en contra de los intereses del asegurado; (iii). No asesoró fielmente al señor Aising respecto al seguro que necesitaba.

Indica que lo anterior es contrario al principio de máxima buena fe en el contrato de seguro. De hecho, es constitutivo de mala fe contractual.

Que con fecha 16 de Mayo de 2020 y a fojas 130 de autos, la parte demandada, representada por el abogado don Felipe Nazar M., evacúa le trámite de la dúplica.

Indica que en el escrito de contestación no corresponde que se otorgue la cobertura pretendida al tenor de las pólizas contratadas, es decir a la fuerza obligatoria del contrato de acuerdo a los términos del artículo 1545 del Código Civil, razón por la cual la demanda de cumplimiento de contrato debe ser rechazada en todos sus términos, con expresa condena en costas, por las razones que expone:


MARCOS TACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

I. Hechos Expresamente Reconocidos Por El Demandante En Su Escrito De Réplica.

1. Señala la demandada que el demandante reconoce la designación de un beneficio respecto del seguro N° Póliza 2625598, correspondiente a doña Ana Maria Rojas Rojas, donde el demandante "no es el beneficiario" de dicha póliza;

2. Informa que el demandante reconoce que originalmente la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (en adelante "COMPIN" o la "COMISIÓN") fijó su invalidez en un 56%. Así, en un primer momento "la Comisión dictaminó que ese conjunto de factores sumaba por sí solos un cincuenta y seis por ciento (56%) de invalidez". Señala la demandada, que el actor omite la cantidad y naturaleza de los recursos que tuvo que ejercer para poder aumentar su grado de incapacidad a un 68%. *Solo informa "El actor no estuvo de acuerdo con dicha evaluación y ejerció los recursos dispuestos al respecto (...)";*

3. Expone que, reconoce el demandante en su escrito de réplica que la psoriasis es una enfermedad que ya padecía con anterioridad a la contratación de ambas pólizas. Señala que, habría expuesto textualmente *"como indicamos en la demanda, el actor contrató las pólizas de autos teniendo psoriasis dérmica."* Reconoce el actor la existencia de la psoriasis con anterioridad al periodo de cobertura de los contratos de seguro, de lo que necesariamente se desprende a modo de consecuencia, que cualquier tipo de invalidez generada por aquella enfermedad o dolencia, encuentra una causa anterior o su origen directo en un hecho anterior a la vigencia de la póliza. Es fundamental para tener por no cumplidos los requisitos que hacen aplicable la cobertura contratada.

II. Acerca De La Excepción De Falta De Legitimación Activa Del

9
MARCO ANTONIO G.
Receptor Judicial
Abogado

Demandante Respecto Del Contrato De Seguro N° Poliza 2625598. Al respecto, reitera que debe tenerse presente el reconocimiento expreso efectuado por el demandante respecto de la existencia de un beneficiario en el contrato de seguro N° Póliza 2625598. Además, expone que resulta fundamental a la hora de analizar la excepción interpuesta, que el demandante en su escrito de réplica intentaría justificar el rechazo de la excepción en el condicionado particular de dicho contrato de seguro, al indicar que en aquel al incluir como riesgo asegurado la incapacidad total del demandante, se puede concluir que en tal caso el legitimado activo será el asegurado. A este punto detalla el demandado, se debe tener presente que nada indica el condicionado particular del contrato de seguro N° PÓLIZA 2625598 sobre la legitimación activa respecto del cobro del capital asegurado en dicho contrato. Por ello, a falta de regla especial, se debe recurrir a la cláusula adicional respectiva (CAD) y al condicionado general.

La CAD referida a la invalidez permanente y total de 2/3 (CAD 320130482, precisaría lo siguiente: *“La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas (...)”*. De lo anterior, señala, no hay referencia o designación de los legitimados activos para solicitar el pago del capital asegurado que permita dejar sin efecto las normas generales del contrato de seguro del Código de Comercio. Señala, que la CAD en su artículo 9 primero solo expone la cobertura, que además, es cubierta por dicha cláusula adicional.

De esta forma, se detiene la demandada, ante la ausencia de normas especiales sobre la legitimación activa en el condicionado particular y en la CAD respectiva, resulta necesario recurrir a la regulación general contenida en


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

el Código de Comercio, la que define el beneficiario como quien, sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro" (Artículo 513 letra C) del Código de Comercio). Incluso, señala, el citado artículo 588 del Código de Comercio, referido por el demandante en su réplica, vuelve sobre la idea de que en caso de incluirse un beneficiario en una póliza de seguro, sobre aquel recae la legitimación activa para exigir el cumplimiento de aquel, esto es, el pago del capital asegurado.

Reitera la empresa demandada, que el beneficiario en el contrato de seguro N° POLIZA 2625598 fue incluido de forma voluntaria por el asegurado, y por ende, de forma consciente determinó que aquella persona tuviera la legitimación activa para exigir, cuando concurrieran las demás condiciones de la póliza respectiva, el pago del capital asegurado. Entenderlo de otra manera, no solo vulneraría el condicionado general del contrato y las normas generales del Código de Comercio, sino que la propia voluntad del asegurado al contratar. Por ello, debe acoger la excepción de falta de legitimación activa interpuesta por esta parte.

III Carácter Fundamental De La Psoriasis Para La Declaración De Invalidez Y El No Cumplimiento De Los Requisitos Establecidos En Las pólizas. Indica la demandada, que como primer elemento para analizar este capítulo, debe reiterarse que el propio demandante reconoce la existencia de la psoriasis con anterioridad al periodo de cobertura de los contratos de seguro. Y que tal elemento es fundamental al verificar la no concurrencia de los requisitos necesarios para el pago del capital asegurado.

Expone que en las Condiciones Generales de ambas pólizas contratadas e incluso en la CAD correspondiente a la N° POLIZA 2625598, que extiende la cobertura de tal contrato a la invalidez 2/3 se requiere que aquella se origine a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la


MARC S. TACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

póliza. En tal sentido, reitera lo indicado en la contestación, el artículo 2 de las Condiciones Generales de la POL220131822 indica en su artículo segundo como requisitos copulativos para el pago del capital asegurado: “(..) c) *Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por una enfermedad originada o a consecuencia de un accidente, ambos ocurridos durante la vigencia de esta póliza.* d) *Que la invalidez permanente dos tercios tenga su origen directo durante la vigencia de la póliza*”.

Por su parte, y en un sentido muy similar, el artículo primero de la CAD320130482, complementaria de la POL220131832, indica como requisitos para el pago del capital asegurado en caso de invalidez permanente 2/3 que: “c) *Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional*” (Artículo primero CAD320130482).

De esta forma, señala la aseguradora demandada, del tenor literal expreso y claro de los contratos suscritos, así como del propio reconocimiento efectuado por el demandante, se desprende que no se cumplen los requisitos para el pago del capital asegurado.

Revela, que se debe tener presente que el propio demandante reconoce que originalmente el COMPIN fijó su invalidez en un 56%, e indica que el actor ejerció los recursos dispuestos al respecto, para lograr con ello elevar el grado de invalidez a un 68%. Sin embargo, indica, en dicho relato se omiten dos elementos: la naturaleza de los recursos que interpuso el demandante y el carácter fundamental que significó la psoriasis dérmica para elevar dicho porcentaje de invalidez. Sobre el primero -detalla el demandado-, como se indicó en el escrito de contestación, el demandante no ejerció simplemente los


MARC S. ACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

recursos dispuestos al respecto contra la declaración de la COMPIN, sino que solo se elevó el porcentaje de incapacidad después de recursos de reposición, reclamación e incluso uno extraordinario de revisión. Solo en virtud de este último, y en atención a la psoriasis dérmica, se elevó el porcentaje de incapacidad. En dicho recurso extraordinario de revisión, tuvo un rol central la psoriasis dérmica para elevar el grado de invalidez del demandante, a tal punto que en aquel, el elemento fundamental fue el factor dermatológico correspondiente a la psoriasis. Ello llevo finalmente a que el 68% de invalidez del actor estuviera desglosado en: Artritis Psoriatica: Invalidez 49%; Psoriasis de piel: Invalidez 13%; Educación: Invalidez 2%.

Expresa que, el elemento dermatológico existente anterior a la contratación de los seguros resulta fundamental para obtener el 68% de incapacidad, no resultando cierto lo indicado por el demandante en el sentido de que al constituir solo un 13% sería irrelevante. Al contrario, según relata, la psoriasis dérmica fue la causa inmediata, directa y determinante que tuvo a la vista el COMPIN para elevar el grado de incapacidad del demandante a 68%.

Así, refrenda el demandado, teniendo presente los requisitos copulativos de las pólizas ya referidas, siendo el elemento fundamental que causó la declaración de invalidez permanente y definitiva de 2/3 anterior a la vigencia de los respectivos contratos, no procede el pago del capital asegurado por no concurrir los requisitos exigidos y conocidos por el demandante.

IV. Respecto Al Deber De Información y Asesoría, expresa el demandado que, como un argumento nuevo, intenta agregar el demandante en su escrito de réplica que supuestamente Euroamerica no habría asesorado correctamente al asegurado. En concreto, relacionado con el deber de asesoría al asegurado, imputaría el demandante los siguientes hechos: "(i). *No explicitó claramente la interpretación de las condiciones de cobertura que hoy día sostiene en forma*


MARCOS E. ACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

tan específica y conveniente"; (ii). Interpreta el seguro y sus genéricas condiciones, en contra de los intereses del asegurado; (iii). No asesoró fielmente al señor Aising respecto al seguro que necesitaba".

Agrega, que respecto de los puntos (i) y (iii), los requisitos para el pago del capital asegurado se encontraban tanto en las condiciones generales de los respectivos contratos, como en la CAD respecto del seguro que tenía aquel tipo de cláusula. Indica, a su vez, que todos los instrumentos que están debidamente depositados en la Comisión para el Mercado Financiero. Que, por dicha razón, no es posible indicar que no existió la debida asesoría en la contratación de los seguros, cuando los instrumentos bases para su contratación eran de público conocimiento, y además eran explícitos y claros en su redacción.

Por otro lado, agrega, en cuanto al punto (ii), no se está interpretando unas genéricas condiciones de las cláusulas contenidas en las condiciones generales y en la CAD, sino que lisa y llanamente se está aplicando su tenor expreso y claro. Cláusulas que, además, siempre fueron de conocimiento del asegurado, siendo incluso de público acceso.

V. Respecto Al Carácter Preexistente de la Psoriasis, expone la aseguradora demandada, que sin perjuicio de la relación que existe entre la psoriasis y la artritis psoriática, que lleva al demandante a contradecirse en forma reiterada, al indicar primero que una significa la agravación de la otra y luego a indicar que son completamente independientes, reitera que no procede el pago del capital asegurado por no concurrir los requisitos que exigen las pólizas de seguro, porque basta con la mera lectura de la póliza contratada para notar el incumplimiento de los requisitos copulativos establecidos para que se otorgue la cobertura. El carácter preexistente de la psoriasis es un antecedente del incumplimiento de las condiciones establecidas en el contrato. Al efecto, no se trata de cláusulas obscuras o ambiguas, sino que se trata de condiciones claras


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

que deben concurrir para que proceda se otorgue cobertura.

Añade finalmente la compañía de seguros, la ocurrencia del siniestro consistía en la declaración de invalidez 2/3 por el organismo competente y la concurrencia de los requisitos establecidos en la póliza para otorgarse la cobertura, cuestión que no ocurre en la especie.

Que a fojas 276 de autos, y con fecha veintisiete de agosto de dos mil veinte, tuvo lugar la audiencia de conciliación entre las partes del juicio, sin que se lograra acuerdo para dar por terminado el conflicto.

Que a fojas 278, y con fecha 19 de octubre de 2020, el tribunal arbitral recibe la causa a prueba, en los términos que la citada resolución indica.

Asimismo, en la misma fecha y foja, y a continuación de recepcionada la causa a prueba, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 6 de la Ley N° 21.226, publicada el 2 de abril de 2020, se decreta la suspensión del término probatorio hasta el vencimiento de los diez días hábiles posteriores al cese del estado de excepción constitucional de catástrofe.

Luego, con fecha 15 de diciembre de 2020, resolución que se lee a fojas 292, se hace lugar parcialmente al recurso de reposición promovido por la parte demandante eliminándose el punto 6°) de la interlocutoria de prueba.

A fojas 297, mediante presentación de fecha 13 de octubre de 2021, la parte demandante, representada por doña Fabiola Espinoza G., solicita la reanudación del término probatorio. A dicha presentación, el tribunal arbitral señala que encontrándose pendiente de resolución el juicio de recusación incoado por la parte de Compañía de Seguros de Vida Euroamerica S.A., en contra del Juez Arbitro, no ha lugar por ahora.

Que a fojas 300 de los autos, se adjunta al proceso sentencia dictada por la primera sala de la Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, de fecha 4 de enero de 2022, en autos Rol N° Civil 6018-2020, que resuelve en lo pertinente:


MARCAS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

“Vistos y Teniendo presente:

I.- *En cuanto al rechazo de la excepción dilatoria.*

1) Que los argumentos vertidos en el recurso de apelación no permiten alterar lo resuelto en la resolución de primer grado a cuyos fundamentos adhiere esta corte;

II.- *En cuanto a la apelación atingente a los honorarios.*

2) Que la resolución apelada es aquella que rechaza un recurso de reposición interpuesto por la demandada, es decir, no se ha apelado derechamente de la regulación de honorarios, circunstancia que conduce a la conclusión de que ésta Corte sólo puede mantener la decisión aludida de fecha ocho de junio de dos mil veinte dictada por el Juez Arbitro don Oscar Oyarzun Gormaz.

III.- *En cuanto a la apelación de la interlocutoria de prueba.*

3) Que en lo que se refiere al segundo de los hechos a probar, fijados en la interlocutoria de prueba de fecha diecinueve de octubre de dos mil veinte, la redacción propuesta por la demandada recoge de mejor manera la controversia trabada entre los litigantes, de manera que cabe acoger sólo en esa parte la pretensión del recurrente al estimarse que, en lo restante, la resolución que recibe la causa a prueba se adecua al debate.

Y por estas razones, se resuelve.

I.- Se confirma la sentencia de fecha dos de abril de dos mil veinte dictada por el Juez Arbitro don Oscar Oyarzun Gormaz.

II.- Se confirma la sentencia ocho de junio de dos mil veinte dictada por el Juez Arbitro don Oscar Oyarzun Gormaz.

III.- Se acoge el recurso de apelación y en consecuencia se reemplaza el segundo de los hechos a probar, por el siguiente: “*Si en la especie, el actor don Sebastián Aising Rojas sufrió enfermedades y otras condiciones de salud que*


MARCOS LACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

le provocaron incapacidad física de dos tercios. Hechos, naturaleza, circunstancias y características”.

Que a fojas 303, se adjunta a los autos sentencia ejecutoriada dictada por el Quinto Juzgado Civil de Santiago, con fecha 8 de agosto de 2022, en autos Rol C-13.242-2020, caratulado “Euroamérica Seguros de Vida S.A. con Oyarzun”, que resuelve la recusación promovida por Euroamérica Seguros de Vida S.A. en contra del juez arbitro en la presente causa don Oscar Leonardo Oyarzún Gormaz, declarando dicha sentencia que no se observa inhabilidad que pueda comprometer la imparcialidad del juez recurrido en los términos exigidos en los numerales 8 y 16 del artículo 196 del Código Orgánico de Tribunales, razón por la cual se rechaza la solicitud de recusación formulada.

Que, con fecha 27 de octubre de 2022, rolante a fojas 327 de autos, el Tribunal Arbitral, tiene por agregadas las copias de la sentencia ejecutoriada dictada por el 5º Juzgado Civil de Santiago, en causa Rol N° 13.242-2020, sobre recusación. Así, atendido que en virtud de la sustanciación de dicha causa sobre recusación se dispuso la suspensión del procedimiento arbitral, se reanuda a contar de esa fecha el procedimiento arbitral sub-lite.

Se tiene, asimismo, por recibidas compulsas procedentes de la Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago, que resuelve las apelaciones deducidas en contra de la sentencia que resuelve las excepciones dilatorias; atinente a los honorarios y la referida a la interlocutoria de prueba, todos acumulados al Ingreso Corte N° 6018-2020. Se dispuso el Cúmplase.

Que con fecha 08 de noviembre de 2022 y rolante a fojas 334, la parte demandada representada por don Felipe Nazar Massuh, presenta solicitud de nulidad por falta de jurisdicción y en subsidio, nulidad por falta de competencia. Fundamenta la primera en que el tiempo estipulado para evacuar el encargo por parte del árbitro comenzó con fecha 3 de diciembre de 2019 y expiraría con


MARCO S GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

fecha 3 de diciembre del año 2021, por tanto, se habría perdido la jurisdicción desde el momento en que expiró el plazo para evacuar el encargo y no fue prorrogado nuevamente por las partes. A su turno, justifica la falta de competencia por los mismos fundamentos de hecho, así, alega la nulidad de la actuación del juez arbitro de fecha 27 de octubre de 2022 y posteriores, solicitando se declare inválida por falta de competencia.

Que a fojas 355 de autos, y con fecha 21 de noviembre de 2022, el tribunal arbitral rechaza en todas sus partes los incidentes de nulidad por falta de jurisdicción y por falta de competencia deducidos por la demandada, por los fundamentos mayormente esgrimidos en la citada resolución.

Se rinde la prueba que consta en autos.

Que mediante presentación de fecha 02 de diciembre de 2022 y que se lee a fojas 700, la parte de Euroamerica Seguros de Vida S.A., representado por don Felipe Nazar, objeta los documentos presentados por la parte demandante. Los impugna por falta de autenticidad e integridad y, por emanar de terceros ajenos al juicio que no han comparecido a estos autos personalmente ni representados a reconocer los referidos documentos como suyos.

Que, por resolución de fecha 20 de diciembre de 2022, el tribunal arbitral rechaza la objeción de documentos promovida por don Felipe Nazar en representación de Euroamérica Seguros de Vida S.A., en razón de las motivaciones y justificaciones que dicha resolución señala.

A fojas 908, y con fecha 9 de mayo de 2023, se cita a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:


MARC GACITUA G.
Recepor Judicial
Abogado

En cuanto a las tachas:

PRIMERO: Que, la demandante formula tacha en contra del testigo de la demandada don **Juan Antonio Cataldo Acuña**, en virtud de lo establecido en los números 4 y 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, lo cual justifica en que el testigo habría señalado haber recibido remuneración por el caso por el cual declara y, además, porque habría declarado el testigo ser contralor en compañías de seguros lo que configura un conflicto de interés para el caso particular, por lo que no tendría la imparcialidad necesaria para declarar en juicio.

SEGUNDO: Que, de la declaración del testigo no se desprende que sea criado o dependiente de la compañía aseguradora demandada, no se establece ni subordinación ni dependencia de quien le solicita su declaración, así como tampoco se desprende de su declaración que haya recibido pago para declarar en este juicio. En cuanto a ser contralor de otras compañías no lo inhabilita ni lo hace perder objetividad por este solo hecho, para declarar en este juicio, razón por la cual, será rechazada la tacha opuesta.

En cuanto al fondo del litigio:

TERCERO: Que del examen de los escritos de discusión, se aprecia acuerdo entre las partes en cuanto al hecho que en el año 2014 el demandante don Sebastián Aising Rojas contrató con la compañía Euroamerica Seguros de Vida S.A. dos contratos de seguros, los cuales se individualizan y rigen en las siguientes pólizas: a) Póliza 2625580 Plan de Seguro Invalidez Plus regulada por las Condiciones Generales contenida en la POL 220231822 Seguro de


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Invalidez Permanente, con cobertura de Invalidez 2/3, y cuyo capital asegurado es por la cantidad de UF 20.000.-; b) Póliza 2625598 Plan de Salud Temporal Plus regulada por las Condiciones Generales contenidas en la POL 220131832 Seguro Individual de Vida y en el condicionado adicional CAD 320130482 Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios, cobertura de fallecimiento e invalidez 2/3 respectivamente, cuyo capital asegurado es por la cantidad de UF 15.000.-.

CUARTO: Que, por consiguiente, de acuerdo a los hechos denunciados, discuten en cuanto si se cumplen los requisitos establecidos en las pólizas referido a que la invalidez total y permanente dos tercios debe producirse como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de la póliza para que se pague el siniestro denunciado, entre otros hechos relacionados.

A su turno, también se discute acerca de la legitimación activa por parte del demandante respecto del contrato de seguro contenido en la póliza N° 2625598, por haber designado a un beneficiario distinto.

QUINTO: Que la parte demandante, con el objeto de acreditar sus alegaciones, rinde las siguientes probanzas:

DOCUMENTOS:

a) Contratante: Clínica Aising Ltda. Póliza de seguro N° 2625580, Plan de Seguro Invalidez Plus, con vigencia desde el 1 de agosto de 2014 hasta el 31 de julio de 2044. Asegurado: Aising Rojas Sebastián. En cuyo texto se indican como detalles más relevantes en razón de lo discutido, los siguientes: Beneficiario: Mismo asegurado. Cobertura: Invalidez Permanente Dos Tercios. Capital Asegurado: 20.000. Valores expresados en: Unidades de Fomento. Depósito de Póliza SVS: POL 220231822.-


MARCO GACITÚA G.
Receptor Judicial
Abogado

Condiciones Generales Seguro de Invalidez Permanente Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131822. "Artículo N° 1: Reglas aplicables al contrato. Se aplicarán al presente contrato de seguro de invalidez las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario. artículo 2° Descripción y extensión de la cobertura: En virtud de este contrato de seguro, en caso de acreditarse la invalidez permanente dos tercios del asegurado, causada por una enfermedad o accidente, de acuerdo a lo establecido en esta póliza, la aseguradora pagará al propio asegurado, o quién sus derechos represente, el capital asegurado según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones copulativas: a) Que la presente póliza esté vigente en los términos señalados en el artículo N°3 de esta póliza; b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad superior en las Condiciones Particulares de la póliza; sea causada por una enfermedad; c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por una enfermedad originada o a consecuencia de un accidente, ambos ocurridos durante la vigencia de esta póliza; d) Que la invalidez permanente dos tercios tenga su origen directo durante la vigencia de la póliza... Una vez determinada la invalidez permanente dos tercios en los términos de los artículos N° 15 y N° 16 de esta póliza, la aseguradora pagara el monto a indemnizar sólo si el asegurado se encuentra vivo después del término de noventa (90) días a partir de la fecha de presentación de invalidez a la aseguradora... El pago al asegurado de la indemnización que se hubieren contratado por concepto de este seguro


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

producirá la terminación inmediata de la presente póliza y de todas las demás cláusulas adicionales que pudieren existir... Los criterios de evaluación de la invalidez permanente dos tercios que deberá tener presente la aseguradora serán los contenidos en las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980...(fs.1 a 12. Reiterado a fojas 361).

b) Contratante: Clínica Aising Ltda. Póliza de seguro N° 2625598, Plan de Seguro: Temporal Plus, con vigencia desde el 1 de agosto de 2014 hasta el 31 de julio de 2019. Asegurado: Aising Rojas Sebastián. En cuyo texto se indican como detalles más relevantes en razón de lo discutido, los siguientes: Beneficiario: Ana María Rojas Rojas, Madre. 63 años. 100%. Rut. 5.964.789-K. Coberturas: Fallecimiento: Invalidez Permanente Dos Tercios. Capital Asegurado: 15.000. 15.000. Valores expresados en: Unidades de Fomento. Depósito de Póliza SVS: POL 220131832. CAD 320130482.-

Cláusula Adicional Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320130482. Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesorio, y como tal se rige por las normas legales imperativas establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes: Artículo N° 1: Cobertura. La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas: a) Que la póliza principal, esta cláusula adicional y el asegurado estén vigentes a la fecha de la enfermedad o accidente;


MARC SGACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

b) Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cláusula adicional; c) Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional. Artículo N° 2: Definiciones. Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por: a) Invalidez Total y Permanente Dos Tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente o de una o más enfermedades que implique, un menoscabo permanente, con una pérdida de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones" regulado por el Decreto Ley N° 3.500 de 1980, y sus modificaciones. (fs. 13 a 24. Reiterado a fojas 383).

c) Declaración Personal de Salud Cobertura de Invalidez, referida a propuesta N° 819773 (POL2201318) de fecha 30 de junio de 2014, emanada de Euroamérica Seguros, de cuyo cuestionario no se lee o distingue pregunta alguna acerca de la existencia de psoriasis o enfermedades cutáneas. Firmado el 8 de julio de 2014. (fs. 414)

d) Declaración Personal de Salud Cobertura de Invalidez, referida a propuesta N° 819776 (CAD320130482) de fecha 30 de junio de 2014, emanada de Euroamérica Seguros, de cuyo cuestionario no se lee o distingue pregunta alguna acerca de la existencia de psoriasis o enfermedades cutáneas. Firmado el 8 de julio de 2014 (fs. 416)

e) Selección Riesgo Financiero, suscrito con fecha 23 de julio de 2014, del cual se lee que la finalidad del seguro es la protección de profesión


MARCO S. LACTUUA G.
Receptor Judicial
Abogado

(ingresos). Al responder los factores determinantes de la suma asegurada, indica que proteger los ingresos que genera con su profesión. (fs. 419)

f) Informe del médico examinador, recibido en Euroamérica con fecha 23 de julio de 2014. (fs. 420).

g) Correo electrónico emanado de Paloma Simunovic a Sebastián Aising, de fecha 10 de julio de 2014, por el cual le indica los exámenes que debe realizarse, el laboratorio en que debe realizarse los exámenes, como también el cuestionario que debe llenar el médico. (fs. 428).

h) Correo electrónico emanado de Paloma Simunovic a Sebastián Aising informando horario de atención de laboratorio que tomará los exámenes, como asimismo, de la antes nombrada al Laboratorio Blanco coordinando la asistencia del asegurado, de fecha 28 de julio de 2014. (fs. 433).

i) Informe médico, de fecha 28 de febrero de 2018, emanado del Dr. Victor H. Correa M, dermatólogo, quien señala respecto de don Sebastián Aising Rojas, Rut. 13.905.073-8, que desde junio de 2012 es paciente dermatológico de Vitaclinic, siendo tratado por una Psoriasis en placa en zonas acotadas del cuerpo, principalmente en tronco, cuero cabelludo y piernas. Luego señala este facultativo, que en junio de 2016, la enfermedad se reactivó pero comprometiendo articulaciones mayores y menores en forma extensa y agresiva en todo el cuerpo. El cuadro fue calificado como una enfermedad autoinmune con el diagnóstico de Artropatía Psoriática Severa, enfermedad de carácter degenerativo y progresivo. (fs. 445)

j) Informe médico, de fecha 16 de abril de 2018, emanado del Dr. Víctor H. Correa M, dermatólogo, respecto de don Sebastián Aising Rojas, Rut. 13.905.073-8, indicando en su informe, entre otras menciones, que la enfermedad surgida en junio de 2016, se trata de una enfermedad de origen reumatológico, enfermedad que afecta múltiples articulaciones, tejido óseo,


MARCOS GACITÚA G.
Receptor Judicial
Abogado

inserciones musculares, tendones y la musculatura involucrada, además, señala que esta patología es otra entidad distinta a la psoriasis. (fs. 447)

k) Informe médico complementario del efectuado con fecha 16 de abril de 2018, por el ya citado médico dermatólogo, que en su conclusión señala: *"La Psoriasis es una patología distinta a la Artropatía psoriática, no se puede saber que pacientes con Psoriasis experimentarán otras enfermedades, ni menos establecer cuales tendrán la Artropatía psoriática. Del mismo modo, tampoco se puede saber en los pacientes con diagnóstico de Artropatía psoriática si desarrollarán otras enfermedades, ni menos establecer cuales tendrán la Psoriasis."* (sic) (fs. 449)

l) Cartas emanadas de Euroamérica Seguros, a don Sebastián Aising con fecha 6 de abril de 2018, que dan cuenta denuncia de siniestro N° 280 y N° 281, referidos a las pólizas N° 2625589 y N° 2625598, ambas de fecha 5 de abril de 2018. (fs. 457 y 458).

m) Informe de liquidación de siniestro N° 280-00-2018, referida a la póliza N° 262 558-0, Seguro de vida individual invalidez plus, de fecha 14 de mayo de 2018, que en su texto señala que de acuerdo al médico tratante Dr. Víctor Correa, la enfermedad de Psoriasis en placa diagnosticada al sr. Aising, data de junio de 2012, período en que comienza el tratamiento para mejorar síntomas y signos de la enfermedad, pero sin resultados positivos, sino que por el contrario se fueron intensificando a pesar del tratamiento, motivo por el cual, habría solicitado ante la Superintendencia de Pensiones la invalidez permanente de dos tercios dada la gravedad de las lesiones de la piel, entidad que acepta con fecha 18 de abril de 2018, declarándolo inválido a contar del 14 de diciembre de 2016. Para luego, señalar en su conclusión: "... no corresponde otorgar cobertura pues no se cumple con lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza, pues independiente que el dictamen de invalidez fue ejecutoriado en


MAREOS CACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

el año 2018, y la invalidez se otorga a contar del 14 de diciembre de 2016, uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza, por lo tanto, no se encontraba con cobertura para acceder al beneficio reclamado.”. (fs. 460).

n) Informe de liquidación de siniestro N° 281-00-2018, referida a la póliza N° 262 559-8, Seguro de vida individual temporal plus, de fecha 14 de mayo de 2018, que fundamenta su rechazo por los mismos razonamientos esgrimidos previamente en el literal precedente. (fs. 464)

ñ) Respuesta a impugnación informe de liquidación de siniestro N° 280-00-2018, que señala en lo sustancial “... De lo señalado precedentemente, no vemos antecedentes que puedan modificar la resolución de la compañía, pues como hemos señalado, la exclusión se debe a un incumplimiento de la cobertura y condiciones de la póliza respecto del “inicio del siniestro” y no de omisiones, ni de declaraciones, ni de preexistencias. Tan simple como que una de las enfermedades consignadas en el dictamen de invalidez del Sistema de AFP ya existía al perfeccionar el contrato, y por lo tanto, invalidan recurrir a esa enfermedad para alegar cobertura. Por lo mismo, se hace ineficaz recurrir a la indisputabilidad referidas a dichas argumentaciones, pues nosotros no la hemos usado.” (sic) (fs. 468)

o) Respuesta a impugnación informe de liquidación de siniestro N° 281-00-2018, que fundamenta su rechazo por los mismos razonamientos esgrimidos previamente en el literal precedente. (fs. 473)

p) Informes médicos de fecha 9 de marzo de 2017, 4 de julio de 2017, 14 de septiembre de 2017 y 15 de enero de 2018, todos emanados del Dr. Francisco Radrigan Araya, médico reumatólogo tratante, Red de Salud UC-Christus, quien señala respecto de don Sebastián Aising Rojas que es portador de Artropatía Psoriática desde junio de 2016, enfermedad que se caracteriza por


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

presentar intenso compromiso en articulaciones periféricas, de predominio en manos, con dactilitis importante, además de compromiso en muñecas, codos, hombros, esternoclavicular, rodillas y pies. Agrega, que en los últimos meses se ha agregado entesitis múltiple, lo cual ha afectado y limitado su desplazamiento. Se indica también en el informe que los síntomas y signos de la enfermedad en este paciente se mantienen y no logran ser controlados por el tratamiento especializado (Clase V). La frecuencia es permanente y se mantiene durante todo el día, sin interrupción mientras está en vigilia, incluso han alterado el sueño y descanso (rango alto). Se señala en el informe que. "En estas condiciones el paciente no se encuentra capacitado para realizar actividades esenciales de la vida diaria, ni domésticas, los desplazamientos se han visto limitados, ni de eficiencia social, tampoco sus labores de odontólogo, ya que por su esencia, requiere de un trabajo fino, de precisión y concentración que a los pacientes no le puede brindar... Su limitación funcional le genera una discapacidad superior al 70% por lo que amerita recibir una pensión por incapacidad laboral permanente." (fs. 481 a 488)

q) Dictamen de invalidez, Solicitud de Pensión AFP, emanado de la Superintendencia de Pensiones, de fecha 18 de mayo de 2017, que determina "Menoscabo de capacidad de trabajo: 56.0 (igual o mayor a 50% y menor a 2/3)", en cuya Acta se señala que del estudio de los antecedentes recabados, el Dr. Gonzalo Antonio Gacitúa Pinilla concluye que el Sr. Sebastián Aising Rojas, presenta los siguientes impedimentos:

Impedimento	Configurado	Clase	Rango	Porcentaje
Artritis Psoriatica	Si	III	Alto	49


MARCOS GACITUA G.
 Receptor Judicial
 Abogado

Tratamiento inmunosupresor	Si	I		10
Cefalea	No			

Se consigna, entre los aspectos más relevantes como argumentos: Psoriasis dg 2011. En junio de 2016 inició poliartritis simétrica que evoluciona en pocas semanas. Spect destacaba signos inflamatorios en articulaciones de manos, hombros, especialmente a izq y metatarsos... Fue evaluado por interconsultora, quien configura por Artritis psoriatica con menoscabo c III alto (49%) **debido a signos de daño irreversible en mano derecha que le limitan algunas actividades esenciales y su labor profesional.** Sugiero agregar 10% por tratamiento inmunosupresor. (fs. 492) -destacado del sentenciador-

r) Resolución de la comisión médica central, de fecha 14 de marzo de 2018, que en Considerando señala: 1.- El Oficio Ord. N° 29842 del 29 de diciembre de 2017, de la Superintendencia de Pensiones, el cual instruye a esta Comisión Médica Central revisar de oficio la resolución N° C.M.C. 11473/2017 de fecha 30/10/2017, mediante el cual esta comisión médica central confirmó un 51% de menoscabo global otorgado anteriormente. 2.- Que con fecha 22/01/2018, esta Comisión efectuó revisión por oficio instruida por la Superintendencia de Pensiones y solicitar nuevos antecedentes médicos. El estudio de los nuevos antecedentes y peritajes practicados y analizados junto a los antecedentes consignados en el expediente se constata que procede otorgar invalidez total definitiva, por cuanto las enfermedades alegadas como invalidantes son de tal cuantía que determinan una pérdida de su capacidad de trabajo, mayor de dos tercios. Esta Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, en Sesión N° 014, de fecha 14/03/2018: **Acuerda:** 1.- Anular la Resolución N° 11473/2017, de fecha 30/10/2017. 2.-


MARC SGACITUA G.
 Receptor Judicial
 Abogado

Aceptar el Recurso Extraordinario de Revisión. Revocar la Resolución N° C.M.C. 8409/2017 de fecha 11/08/2017, y resolver que procede otorgar la invalidez total definitiva... Observación: .. Su incapacidad global alcanza a un 68%... Analizados los antecedentes aportados en evaluación dermatológica se sugiere configurar impedimento psoriasis con menoscabo en clase II rango medio, 25%, propuesta por dermatóloga interconsultora, sumado a esto la Artropía psoriática con 49% y el Trat. Inmunosupresor con 10%, la llevan, con factores complementarios (2 por educación) a Invalidez Total definitiva, con menoscabo global 68%. -con timbre Dictamen Ejecutoriado de fecha 1 de abril de 2018. (fs. 500)

s) Superintendencia de Pensiones, Informe de evaluación por interconsultor reumatólogo, Comisión Médica Regional Santiago. Se indica en las conclusiones y comentarios de médico interconsultor, en sus aspectos más relevantes: "... A pesar de la terapia persiste con artritis de las manos y quedó con flexión fija de la IFP del cuarto dedo derecho, motivo por el cual tiene dificultad para realizar su actividad laboral como dentista. Le cuesta abrir frascos y abrocharse botones y cordones, no hace fuerza ni traslada pesos. Tiene desplazamiento normal... En conclusión, paciente portador de Artritis Psoriática en tratamiento adecuado, con daño articular irreversible de la mano derecha que le dificulta algunas actividades esenciales y su labor profesional. Sugiero configurar en clase III alto." (fs. 526)

t) Cintigrama Óseo; RX Mano Derecha y de Ambas manos; RX Ambos Pies; Ecotomografía Partes Blandas; Ecotomografía Mano Izquierda; Ecotomografía Hombro Derecho. (fs. 557 a 578)

v) Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional (fs. 622)


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

TESTIMONIAL

a) don **Víctor Correa Miranda**, quien depone a fojas 843 y siguientes, quien es citado para reconocer sus informes acompañados en autos, y además, respecto del punto N° 2 de la interlocutoria de prueba, esto es, "Si en la especie el actor sufrió enfermedades y otras condiciones de salud que le provocaron incapacidad física de 2/3. Hechos, naturaleza, circunstancias y características", expone lo siguiente: Que a Sebastián le tocó verlo por su patología del pie, una soriasis de piel, pero estaba completamente vigente, laboralmente, socialmente. Esta patología no le impedía ninguna de sus actividades en ningún sentido, estaba completamente habilitado para cualquier actividad que quisiera hacer.

Repreguntado y exhibiéndole 3 informes de fs. 446 a 453, solicitándole explicar donde él expone que en el año 2016 la enfermedad se reactiva comprometiendo articulaciones, responde que él estaba viendo a su paciente por patología soriática en piel, luego en junio o poco antes comenzó con una actiopatía soriatica, que es una patología que se presenta en algunos pacientes independientemente de tener soriasis en piel o no, porque son patologías distintas. Indica que incurre en un error al redactar aquello, porque indica en el informe que se reactiva psoriasis que tenía en piel comprometiendo articulaciones, lo cual es un error, porque son patologías distintas, pero ese error, señala, lo corrigió en el informe siguiente. Reconoce asimismo, sus informes de fecha 16 de abril de 2018 y de 19 de junio de 2018, respecto de este último, señala que lo había derivado a un reumatólogo, indicando que era impresionante lo generado en su paciente, deformación en sus manos, incapacidad de tener motricidad fina, con un impacto gigante en su quehacer laboral y en sus relaciones humanas.

b) don **Francisco Radrigan Araya**, quien declara a fojas 848 y siguientes, quien es citado para reconocer su informe y además, respecto de los


MARCOS EACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

puntos de prueba dictados en autos. Así, respecto del punto N° 2 de la interlocutoria de prueba, esto es, "Si en la especie el actor sufrió enfermedades y otras condiciones de salud que le provocaron incapacidad física de 2/3. Hechos, naturaleza, circunstancias y características", responde: efectivamente hizo los informes respectivos. El paciente presentó una enfermedad que se llama artropatía soriática que le causó una incapacidad importante, presentándose de una forma muy violenta y agresiva, no respondiendo a los tratamientos habituales que se hacen, lo que llevó al testigo, según indica, a indicar en su informe que la discapacidad generada por esta enfermedad alcanza un 70%.

Luego, contrainterrogado para que dijera el testigo si conoce las enfermedades que le provocaron la incapacidad física de 2/3 al sr. Aising, responde el testigo que es una enfermedad que se llama Artropatía Soriática, que es una enfermedad inflamatoria articular que daña precisamente las articulaciones. Esta enfermedad pertenece al grupo de enfermedades que se llaman spondiloartropatías que generan mucho dolor, inflamación, compromiso tanto a nivel de columna, articulaciones sacroilíacas y articulaciones periféricas, y estas pueden ir solas como el cuadro que se llama espondilínquilo o pueden ir asociadas a enfermedades intestinales o a la otra enfermedad que se llama soriasis y en este caso corresponde a la Artropatía Soriática. Agrega, que la enfermedad que le causó la incapacidad fue la Artropatía Soriática exclusivamente, independiente que haya podido tener otra enfermedad.

Respondiendo el testigo respecto del punto 3 de la interlocutoria de prueba, esto es, "En la afirmativa anterior, si el siniestro o enfermedad se produjo durante la vigencia de las pólizas contratadas. Hechos, fecha y circunstancias", responde el testigo que no conoce las pólizas ni las fechas que corresponde, solo puede indicar que la enfermedad del paciente comenzó en junio de 2016, en ese momento fue evaluado, fue visto por una enfermedad


MARCO GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

activa. Señala que él lo vio en agosto de 2016 con una enfermedad intensamente activa, se le había dejado tratamiento y no había respondido, luego señala que le aumentó en forma bastante importante toda su terapia y no tuvo respuesta. Luego, el testigo reconoce los informes de su autoría que se le exhiben de fojas 481, 482, 483, 485 y 486 de autos.

SEXTO: Que, del mismo modo, la parte demandada con el objeto de acreditar sus alegaciones, rinde las siguientes probanzas:

DOCUMENTOS:

a) Póliza de seguro N°2625598, ya individualizada anteriormente, por tratarse de similares documentos acompañados por la parte demandante (fs. 586)

b) Condicionado particular póliza N°2625598, ya individualizada anteriormente, por tratarse de similares documentos acompañados por la parte demandante (fs. 587)

c) Informe de médico examinador de fecha 23 de julio de 2014, ya individualizada anteriormente, por tratarse de similares documentos acompañados por la parte demandante (fs. 601)

d) Declaración personal de salud, de fecha 30 de junio de 2014, ya individualizada anteriormente, por tratarse de similares documentos acompañados por la parte demandante (fs. 603)

e) Impugnación informe de liquidación póliza 262558-0; Informe de liquidación póliza 262558-0; Sesión AFP N° 014-2018, de fecha 14 de marzo de 2018; Resolución de superintendencia de pensiones de fecha 14 de marzo de 2018 con timbre dictamen ejecutoriado de fecha 1 de abril de 2018; resolución comisión médica central de fecha 11 de agosto de 2017 con timbre dictamen ejecutoriado de fecha 24 de agosto de 2017; resolución comisión médica central


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

de fecha 10 de julio de 2017. Todos ya individualizados anteriormente, por tratarse de similares documentos acompañados por la parte demandante (fs. 605 a 619)

f) Extracto de información médica referida a la artritis psoriásica, obtenida a través de la página web de Clínica Mayo (fs. 725)

g) Oficio ordinario N° 247/2018, de fecha 8 de octubre de 2018, por el cual la comisión médica central informa el recurso de protección Rol 47814-2018. (fs. 728).

ABSOLUCIÓN DE POSICIONES:

a) Posiciones que absolvió el demandante don Sebastián Aising Rojas (fs. 833 a 839)

TESTIMONIAL:

a) don **Juan Antonio Cataldo Acuña**, quien declarando sobre el punto 2 de la interlocutoria de prueba señala que, analizando el siniestro del asegurado en el año 2018, se percata que el asegurado padecía de soriasis de la piel desde el 5 de junio de 2012, y que no estaba respondiendo a la terapia aplicada según el informe del dr. Víctor Correa, junto con lo anterior, señala que revisada la declaración personal de salud suscrita por el asegurado en julio de 2014 no aparece referencia a esta enfermedad, ni a su tratamiento. Luego indica que revisa el cuestionario médico realizado en agosto de 2014 al asegurado, y que en este no se informa de enfermedades de la piel. Señala asimismo, que de la evaluación técnica que realiza, concluye que: 1.- El asegurado omitió el antecedente de soriasis de la piel que padecía desde el 2012, omisión que alteró la apreciación del riesgo de la compañía, la cual, de haberlo conocido, lo habría excluido de cobertura en la invalidez 2/3 para este diagnóstico y sus


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

complicaciones dentro de la cual estaría la artropatía psoriática. 2.- La póliza califica invalidez por enfermedad o accidente por debilitamiento de fuerzas físicas o habilidades intelectuales o mentales, que en ninguna parte menciona los factores complementarios como parte de la declaración de invalidez, pues la póliza no tarifica el nivel educacional ni la actividad laboral al momento de suscribir el seguro, por lo cual el 2% no puede ser considerado en la calificación. Agrega, asimismo, que el dictamen de invalidez del DL 3500 que utiliza el sistema previsional para calificar el grado de incapacidad de los trabajadores de AFP es solamente consultivo para ellos como compañía de Seguros, sin embargo, le dan valor por el análisis técnico. Así, señala, por haber omitido la soriasis en su declaración de salud y por ser ésta preexistente, no puede ser contemplada en su incapacidad para sumar porcentaje en el dictamen de invalidez, razón por la cual no corresponde dar cobertura de invalidez 2/3 al asegurado. Contrainterrogado el testigo, para que señalara si en el cuestionario se pregunta expresamente por padecimiento de soriasis en piel, responde que se priorizan las más frecuentes causantes de invalidez, que no se pregunta por la soriasis porque su incidencia como causal de invalidez es baja, pero agrega que debió el asegurado mencionar la existencia de esta enfermedad por el principio de buena fe. Luego, entre otras preguntas, consultado acerca de si se le pago al sr. Aising por otra compañía de seguros, señala que supo que le pagó Ohio National por incapacidad de 2/3, pero señala que fue mal suscrito el negocio, porque no se excluyó la soriasis para esta cobertura. (fs. 851)

INFORME PERICIAL:

a) Informe pericial evacuado con fecha 10 de abril de 2023 por el perito don Leonardo Andrés González Wilhelm, quien señala entre otras explicaciones que *"Por otro lado, de haberse seguido lo que la normativa técnica de la*


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Superintendencia de Pensiones dispone expresamente para la artritis psoriática (y que en opinión del suscrito, si se cumple en el caso en comento en función de los antecedentes tenidos a la vista), el menoscabo laboral permanente que debió asignarse NO hubiese sido inferior a 80%" (sic).

Luego en sus conclusiones indica: I. La psoriasis que padece Aising Rojas fue diagnosticada en abril de 2011 por un médico especialista en Dermatología. II. Comparado con la población general, una persona que padece psoriasis posee mayor riesgo de desarrollar o exhibir concomitantemente una artritis psoriática. III. La Comisión Médica Central consideró que el menoscabo laboral permanente clase II ocasionado por la psoriasis constituye una concausa de la invalidez total definitiva que presenta Aising Rojas. IV. Evaluado según lo dispuesto normativamente para impedimentos reumáticos inflamatorios, Aising Rojas perfectamente pudo haber sido categorizado con un menoscabo laboral permanente clase IV producto de su artritis psoriática. V. Aising Rojas pudo ser declarado con una invalidez superior a los 2/3 aun sin considerar el menoscabo laboral permanente a consecuencia de la psoriasis cutánea. (fs. 883 a 893).

SEPTIMO: Que, así las cosas, corresponde valorar las probanzas rendidas, comenzando por los instrumentos. En este sentido, teniendo en consideración las máximas de la experiencia del cual este sentenciador puede apreciar, así como los principios de la lógica, que se mantienen presentes en el tiempo, y además, considerando que no se registran impugnaciones respecto de alguno de los que fueron puestos en conocimiento de la contraria, ni alegaciones respecto de las virtudes formales de los públicos. Al respecto, cabe destacar que las incidencias promovidas por las partes en el proceso, sobre la materia, fueron rechazadas, decisiones que gozan de firmeza, por no haberse recurrido. Ahora, consta el reconocimiento por parte de don Víctor Correa Miranda, respecto de los informes de su autoría acompañados a los autos de fojas 446 a 453; como


MARCOS FAJTUAGA
Receptor Judicial
Abogado

asimismo, el reconocimiento de don Francisco Radrigán Araya, de su informe que rola a fojas 481 y siguientes, por lo que será valorado con arreglo a las disposiciones que regulan la sana crítica, y en forma conjunta en relación a las demás probanzas del juicio. Todavía más, en cuanto hay instrumentos privados emitidos por la propia parte que los presenta, pero que no tienen firma de la contraria, ni constancia de recepción, los que, sin embargo, dan cuenta de hechos que constan en otros, acompañados precisamente por esa contendiente. Así ocurre con relación a los correos electrónicos. En consecuencia, se reconoce valor probatorio a los instrumentos señalados e independiente de las conclusiones que de su apreciación conjunta se harán.

OCTAVO: Que, dicho lo anterior, se tienen por hechos acreditados y no discutidos en autos los siguientes:

a) Que con fecha 5 de agosto de 2014, don Sebastián Aising Rojas, por sí y a través de Clínica Aising Ltda., contrató con Compañía de Vida Euroamérica S.A. o Euroamérica Seguros de Vida S.A. dos contratos de seguros regidos por las estipulaciones contenidas en los documentos que se singularizan a continuación:

1. Póliza 2625580 Plan de Seguro Invalidez Plus regulada por las Condiciones Generales contenida en la POL 220231822 Seguro de Invalidez Permanente, cobertura de Invalidez 2/3 cuyo capital asegurado es de UF 20.000.-

2. Póliza 2625598 Plan de Salud Temporal Plus regulada por las Condiciones Generales contenidas en la POL 220131832 Seguro Individual de Vida y en el condicionado adicional CAD 320130482 Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios, cobertura de fallecimiento e invalidez 2/3 respectivamente, cuyo capital asegurado es UF 15.000.-


MARCO GACITÚA G.
Receptor Judicial
Abogado

Ambos contratos tienen por objeto dar cobertura al siniestro consistente en la invalidez permanente dos tercios que eventualmente pudiera padecer el asegurado, don Sebastián Aising Rojas. El segundo contrato de seguro, además de la cobertura por invalidez, otorgaba cobertura en caso de fallecimiento de asegurado estipulando como beneficiaria a doña Ana María Rojas Rojas, madre del asegurado.

b) Que, ambos contratos de seguros se encontraban vigentes a la época que se hizo el denuncia por invalidez permanente dos tercios por don Sebastián Aising Rojas.

c) Que, don Sebastián Aising Rojas, desde junio del año 2012, padecía de Psoriasis en placa, que consiste en una afección en la piel.

d) Que, en junio del año 2016, don Sebastián Aising Rojas fue diagnosticado de artritis psoriática, una enfermedad que es un tipo de artritis inflamatoria y que se caracteriza por un intenso compromiso de las articulaciones centrales y periféricas, de predominio en manos con dactilitis importante, además de compromiso en muñecas, codos, hombros, esternoclavicular y pies.

e) Que, atendidas las características de la enfermedad, sus efectos y consecuencias, don Sebastián Aising Rojas no siguió ejerciendo su profesión de cirujano dentista e inició el trámite de declaración de invalidez ante la Comisión de Medicina Preventiva de la Región Metropolitana.

f) Que, mediante resolución N° 000008/2018 de fecha 14 de marzo de 2018 dictada por la Comisión Médica Central se otorgó la invalidez total y definitiva a don Sebastián Aising Rojas, por padecer una incapacidad global de un 68%, otorgando invalidez permanente desde el 14 de diciembre de 2016.

g) Que, la aseguradora emitió un informe de liquidación para cada póliza


MARCOS GACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

mediante el cual rechazó el siniestro. Fundó su rechazo en que uno de los factores de la incapacidad global de 68% lo constituye la dermatitis o psoriasis en placa, enfermedad que fue diagnosticada con anterioridad a la contratación de las pólizas.

NOVENO: Que, entrando al análisis del fondo de lo discutido, conviene tener presente respecto de lo dispuesto en el artículo 512 del Código de Comercio, que al tratar del contrato de seguro señala: *“Contrato de seguro. Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufre el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.*

Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo...”. Por su parte, el artículo 524 del código citado, señala a propósito de las obligaciones del asegurado: *“Obligaciones del asegurado. 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;

2º. Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;”. A este punto, también resulta necesario tener presente lo dispuesto en el artículo 525 del Código de Comercio, acerca de la declaración del estado de riesgo: *“Declaración sobre el estado del riesgo. Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.*


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud."

El inciso final del artículo antes transcrito culmina indicando: *"Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente."* A este mismo respecto, el artículo 530 del Código de Comercio, menciona: *"Riesgos que asume el asegurador. El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones especialmente excluidas por ella. A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por ley"*.

Luego, es menester mencionar que en materia de seguros opera la presunción de cobertura del siniestro establecida en el artículo 531 del Código de Comercio, que dispone: *"Siniestro. Presunción de cobertura y excepciones. El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador."*

El asegurador puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley".

Así, dentro de todas las alegaciones formuladas, el quid del asunto radica principalmente si procede la cobertura del siniestro denunciado amparado bajo las Pólizas N° 2625580 y N° 2625598, ambas referidas al caso de invalidez total y permanente dos tercios que pudiere afectar al asegurado, o si a su turno, esta cobertura al pago de la indemnización, se encuentra excluida por no cumplirse


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

con lo establecido en las condiciones generales de la póliza como reprocha la demandada, en cuanto uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza.

Luego, se emitirá pronunciamiento respecto de la alegación formulada por la demandada, en cuanto señala que el actor no tendría legitimación activa para reclamar la indemnización o cumplimiento forzado de la póliza N° 2625598, por cuanto -a su juicio- el demandante don Sebastián Aising Rojas solo revestiría la calidad de asegurado, pero no de beneficiario de la misma, teniendo esta calidad la madre del antes nombrado.

DECIMO: Que, así entonces, corresponde analizar el contrato que liga a las partes para luego determinar si se cumplieron los presupuestos de la cobertura por parte del asegurado, para terminar analizando si en la especie se dan los presupuestos para excluir de responsabilidad al pago de la indemnización por parte de la compañía Euroamérica Seguros de Vida S.A.

En razón de lo anterior, y para analizar el primer presupuesto, se debe tener presente los contratos de seguros contratados, que señalan:

1.- Contratante: Clínica Aising Ltda. Póliza de seguro N° 2625580, Plan de Seguro Invalidez Plus, con vigencia desde el 1 de agosto de 2014 hasta el 31 de julio de 2044. **Asegurado: Aising Rojas Sebastián**. En cuyo texto se indican como detalles más relevantes en razón de lo discutido, los siguientes: Beneficiario: Mismo asegurado. Cobertura: Invalidez Permanente Dos Tercios. Capital Asegurado: 20.000. Valores expresados en: Unidades de Fomento. Depósito de Póliza SVS: POL 220231822.-

Condiciones Generales Seguro de Invalidez Permanente Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131822. "Artículo N° 1: Reglas aplicables al contrato. Se aplicarán al presente contrato de seguro de invalidez las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de

MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario. artículo 2º

Descripción y extensión de la cobertura: En virtud de este contrato de seguro, en caso de acreditarse la invalidez permanente dos tercios del asegurado, causada por una enfermedad o accidente, de acuerdo a lo establecido en esta póliza, la aseguradora pagará al propio asegurado, o quién sus derechos represente, el capital asegurado según se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre y cuando se cumplan las siguientes **condiciones copulativas**: a) Que la presente póliza esté vigente en los términos señalados en el artículo N°3 de esta póliza; b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad; salvo que se estipule otra edad superior en las Condiciones Particulares de la póliza; sea causada por una enfermedad; c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por una enfermedad originada o a consecuencia de un accidente, ambos ocurridos durante la vigencia de esta póliza; d) Que la invalidez permanente dos tercios tenga su origen directo durante la vigencia de la póliza... Una vez determinada la invalidez permanente dos tercios en los términos de los artículos N° 15 y N° 16 de esta póliza, la aseguradora pagará el monto a indemnizar sólo si el asegurado se encuentra vivo después del término de noventa (90) días a partir de la fecha de presentación de invalidez a la aseguradora... El pago al asegurado de la indemnización que se hubieren contratado por concepto de este seguro producirá la terminación inmediata de la presente póliza y de todas las demás cláusulas adicionales que pudieren existir... Los criterios de evaluación de la invalidez permanente dos tercios que deberá tener presente la aseguradora serán los contenidos en las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados


MARCOS CACTUA G.
Receptor Judicial
Abogado

al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980.

2.- Contratante: Clínica Aising Ltda. Póliza de seguro N° 2625598, Plan de Seguro: Temporal Plus, con vigencia desde el 1 de agosto de 2014 hasta el 31 de julio de 2019. **Asegurado: Aising Rojas Sebastián**. En cuyo texto se indican como detalles más relevantes en razón de lo discutido, los siguientes: Beneficiario: Ana María Rojas Rojas, Madre. 63 años. 100%. Rut. 5.964.789-K. Coberturas: Fallecimiento: Invalidez Permanente Dos Tercios. Capital Asegurado: 15.000. 15.000. Valores expresados en: Unidades de Fomento. Depósito de Póliza SVS: POL 220131832. CAD 320130482.-

Cláusula Adicional Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320130482. Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesoria, y como tal se rige por las normas legales imperativas establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes: Artículo N° 1: Cobertura. La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes **condiciones copulativas**: a) Que la póliza principal, esta cláusula adicional y el asegurado estén vigentes a la fecha de la enfermedad o accidente; b) Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de la póliza para esta cláusula adicional; c) Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el


MARC GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional. Artículo N° 2: Definiciones. Para los efectos de esta cláusula adicional se entiende por: a) Invalidez Total y Permanente Dos Tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de un accidente o de una o más enfermedades que implique, un menoscabo permanente, con una pérdida de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones" regulado por el Decreto Ley N° 3.500 de 1980, y sus modificaciones.

En razón de lo anterior, se desprende claramente de las condiciones copulativas que se establecen en ambas pólizas, que a la sazón resultan ser similares en su tenor, que se cumplen cabalmente éstas en cuanto a la vigencia de las pólizas a la época del denuncia del siniestro por parte del asegurado, asimismo, que el asegurado al efectuar el denuncia tenía menos de 65 años de edad y que la invalidez permanente de 2/3 se produjo durante la vigencia de la póliza. Ahora, el único punto de discusión que se hace valer por parte de la compañía para negarse al pago de la indemnización, y que a la sazón corresponde dilucidar a este sentenciador, es si la invalidez total y permanente dos tercios se produce como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de la póliza.

Así, a juicio de la compañía aseguradora, la invalidez permanente dos tercios se produce como una consecuencia de la psoriasis en placa, enfermedad dérmica o de la piel que afecta al asegurado desde el año 2012, es decir, desde antes de suscribir y contratar ambas pólizas de seguro, que fueron contratadas en agosto del año 2014. A su turno, de acuerdo a lo planteado por el asegurado demandante, la enfermedad que provoca la invalidez permanente dos tercios es


MARCOS SACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

producto de una artropatía psoriática, enfermedad de origen reumatológico que le diagnostican en el año 2016.

Luego, para afirmar sus reclamaciones, la Compañía Aseguradora demandada señala que la Comisión Médica Central que efectúa la declaración de invalidez dos tercios de don Sebastián Aising Rojas, desglosa y asigna porcentajes de concurrencia para establecer esta invalidez de dos tercios del antes nombrado, y en aquella le asigna un porcentaje de concurrencia a la psoriasis en placa, porcentaje sin el cual, no cumple los presupuestos de invalidez por parte del asegurado, con lo cual, no se logra concurrir en los presupuestos copulativos para ser beneficiario de la indemnización contratada y materia de la presente litis.

Por su parte, el actor señala que la psoriasis en placa no es la causante de la invalidez de dos tercios, sino la enfermedad reumatológica que lo aqueja, que a su vez, de acuerdo a lo contratado en las pólizas, el menoscabo permanente de a lo menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo, debía ser evaluado conforme a las "Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Sistema de Pensiones" regulado por el Decreto Ley N° 3.500 de 1980, que fue precisamente lo que ocurrió, y por ende, no puede desglosarse el mismo sino estimarse en su tenor, es decir, que se encuentra declarado inválido en dos tercios de su capacidad laboral. Por último, hace presente el asegurado demandante que, si la compañía se niega al pago por padecer el actor de la psoriasis en placa, debió de haber excluido esta enfermedad, lo que no hizo, a pesar que se le exigió al demandante acudir a profesionales de confianza de la aseguradora, para los exámenes necesarios antes de suscribir la póliza de seguro.

En efecto, de acuerdo con lo ya dicho, este juez logra convicción en cuanto se cumple en la especie con: a) que las pólizas están vigentes a la época


MARCO S. GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

del denuncia del siniestro por parte de don Sebastián Aising Rojas; b) que la invalidez permanente dos tercios se produjo antes que el asegurado cumpliera los sesenta y cinco (65) años de edad; c) que la invalidez permanente dos tercios tiene su origen directo durante la vigencia de la póliza.

UNDECIMO: Que, ahora, y conforme a lo ya explicado, corresponde determinar el punto de lo discutido, para esto resulta relevante reiterar las razones que tuvo la compañía aseguradora para negarse al pago de la indemnización, que se lee en el Informe de liquidación de siniestro N° 280-00-2018, referida a la póliza N° 262 558-0, Seguro de vida individual invalidez plus, de fecha 14 de mayo de 2018, que en su conclusión señala: *"... no corresponde otorgar cobertura pues no se cumple con lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza, pues independiente que el dictamen de invalidez fue ejecutoriado en el año 2018, y la invalidez se otorga a contar del 14 de diciembre de 2016, uno de los motivos de la invalidez incluye una enfermedad originada antes de la contratación de la póliza, por lo tanto no se encontraba con cobertura para acceder al beneficio reclamado."* Respecto del Informe de liquidación de siniestro N° 281-00-2018, referida a la póliza N° 262 559-8, Seguro de vida individual temporal plus, de fecha 14 de mayo de 2018, fundamenta su rechazo por los mismos razonamientos esgrimidos previamente en el literal precedente.

Ahora, cuando emite respuesta a impugnación informe de liquidación de siniestro N° 280-00-2018, señala lo siguiente *"... De lo señalado precedentemente, no vemos antecedentes que puedan modificar la resolución de la compañía, pues como hemos señalado, la exclusión se debe a un incumplimiento de la cobertura y condiciones de la póliza respecto del "inicio del siniestro" y no de omisiones, ni de declaraciones, ni de preexistencias. Tan simple como que una de las enfermedades consignadas en el dictamen de*


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

invalides del Sistema de AFP ya existia al perfeccionar el contrato, y por lo tanto, invalidan recurrir a esa enfermedad para alegar cobertura. Por lo mismo, se hace ineficaz recurrir a la indisputabilidad referidas a dichas argumentaciones, pues nosotros no la hemos usado.”. En cuanto a la respuesta a la impugnación del informe de liquidación de siniestro N° 281-00-2018, fundamenta su rechazo por los mismos razonamientos esgrimidos previamente.

Que, de acuerdo con los razonamientos esgrimidos por la compañía de seguro en sus informes de liquidación, justifica el rechazo en el pago a la existencia de psoriasis en placa que fue considerado en el dictamen de la Comisión Médica Central, para dar lugar al dictamen de invalidez definitiva dos tercios, de fecha 14 de marzo de 2018, que modifica el anterior dictamen emanado de la Superintendencia de Pensiones, respecto de don Sebastián Aising Rojas, estableciendo en definitiva que su incapacidad global alcanza a un 68%, señalando en resolución que “... Analizados los antecedentes aportados en evaluación dermatológica se sugiere configurar impedimento psoriasis con menoscabo en clase II rango medio, 25%, propuesta por dermatóloga interconsultora, sumado a esto la Artropia psoriática con 49% y el Trat. Inmunosupresor con 10%, la llevan, con factores complementarios (2 por educación) a Invalidez Total definitiva, con menoscabo global 68%. -con timbre Dictamen Ejecutoriado de fecha 1 de abril de 2018.”. Es decir, se apoya en este dictamen para señalar que la invalidez se sustenta en una enfermedad que ya existía al momento de perfeccionar el contrato de seguro.

Que, sin embargo, se desprende de lo estipulado en las Condiciones Generales Seguro de Invalidez Permanente Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 320131822, en los presupuestos copulativos, literal c) “Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por una enfermedad originada o a consecuencia de un accidente, ambos ocurridos durante la vigencia de esta


MARCOS CACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

póliza". A su turno, en la Cláusula Adicional Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320130482, señala como requisitos copulativos para el pago del capital asegurado, en su literal c) *"Que la Invalidez Total y Permanente Dos Tercios se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de esta cláusula adicional o se produzca como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional."* Es decir, trata de términos similares en ambos contratos de seguros, y en ellos se determina claramente que la invalidez se produzca como consecuencia de una enfermedad diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia del contrato o de la cláusula adicional en su caso, lo que, a juicio de este sentenciador efectivamente ocurre en el caso de marras, puesto que la enfermedad que da origen a la invalidez es precisamente la Artropía Psoriática, y no la Psoriasis en Placa como pretende el demandado asegurador.

Con todo, y a propósito de lo que se viene analizando, resulta del todo necesario tener en consideración que la denuncia de invalidez la hizo el actor cuando se le desencadena la enfermedad de Artropía Psoriática, antecedente que consignado por la Comisión Médica Central, en su dictamen de invalidez, Solicitud de Pensión AFP, emanado de la Superintendencia de Pensiones, de fecha 18 de mayo de 2017, que determina en sus conclusiones "Menoscabo de capacidad de trabajo: 56.0 (igual o mayor a 50% y menor a 2/3)", pero que sin embargo, se consigna como argumentos en dicho análisis de la comisión lo siguiente: *"Psoriasis dg 2011. En junio de 2016 inició poliartritis simétrica que evoluciona en pocas semanas. Spect destacaba signos inflamatorios en articulaciones de manos, hombros, especialmente a izq y metatarsos... Fue evaluado por interconsultora, quien configura por Artritis psorílica con*


MARCOS CACICUA G.
Receptor Judicial
Abogado

menoscabo e III alto (49%) debido a signos de daño irreversible en mano derecha que le limitan algunas actividades esenciales y su labor profesional. Sugiero agregar 10% por tratamiento inmunosupresor". Es decir, la propia comisión señala que el daño causado a propósito de la enfermedad de Artritis Psoriática en la persona de Sebastián Aising Rojas, reviste el carácter de daño irreversible en mano derecha que limitan actividades esenciales y su "labor profesional". Esto es, que se encuentra limitado o menoscabado para realizar su labor profesional -cirujano dentista-, que resulta precisamente el motivo por el cual se contrata estos seguros objeto de la litis por el demandante antes mencionado.

DUODÉCIMO: Que, ahondando en este punto, y corroborando lo que se viene reseñando, el informe pericial solicitado por la parte demandada de Euroamérica, evacuado con fecha 10 de abril de 2023 por el perito don Leonardo Andrés González Wilhelm, señala entre otras explicaciones que *"Por otro lado, de haberse seguido lo que la normativa técnica de la Superintendencia de Pensiones dispone expresamente para la artritis psoriática (y que en opinión del suscrito, si se cumple en el caso en comento en función de los antecedentes tenidos a la vista), el menoscabo laboral permanente que debió asignarse NO hubiese sido inferior a 80%"* (sic).

Luego en sus conclusiones indica: I. La psoriasis que padece Aising Rojas fue diagnosticada en abril de 2011 por un médico especialista en Dermatología. II. Comparado con la población general, una persona que padece psoriasis posee mayor riesgo de desarrollar o exhibir concomitantemente una artritis psoriática. III. La Comisión Médica Central consideró que el menoscabo laboral permanente clase II ocasionado por la psoriasis constituye una concausa de la invalidez total definitiva que presenta Aising Rojas. IV. Evaluado según lo dispuesto normativamente para impedimentos reumáticos inflamatorios, Aising


MARCO S GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Rojas perfectamente pudo haber sido categorizado con un menoscabo laboral permanente clase IV producto de su artritis psoriática. V. Aising Rojas pudo ser declarado con una invalidez superior a los 2/3 aun sin considerar el menoscabo laboral permanente a consecuencia de la psoriasis cutánea.

Que, entonces, las conclusiones y comentarios del profesional independiente arriban al mismo razonamiento al que se encuentra arribando el juez que suscribe, esto es, que la sola artritis psoriática resulta suficiente para impedir que el asegurado pueda desarrollar su actividad laboral, y por lo mismo, se cumple a este respecto los presupuestos copulativos contenidos en los contratos de seguro para acceder al pago de la indemnización por invalidez permanente dos tercios, esto es, que sea causada por una enfermedad originada, diagnosticada o conocida por el asegurado durante la vigencia de las pólizas.

DECIMO TERCERO: Que, no obstante para evitar cualquier duda a este respecto, se estima necesario hacer hincapié que al contratar los seguros materia de esta litis, se hizo un cuestionario por parte del demandante Sr. Aising, de acuerdo al instructivo emanado de la propia demandada Euroamérica Seguros de Vida S.A., cuestionario que en ninguna parte se lee que deba indicar quien responde de la existencia de la Psoriasis en placa, y además, luego tuvo que acudir a la Clínica Blanco, centro médico derivado por la demandada aseguradora, sin que se hiciera mayor merecimiento al padecimiento a la piel que afectaba al actor asegurado.

A este punto, reiterando lo dispuesto en el artículo 524 del Código de Comercio, que señala a propósito de las obligaciones del asegurado: *"Obligaciones del asegurado. El asegurado estará obligado a:*

1°. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

2". *Informar, a requerimiento del asegurador, sobre la existencia de otros seguros que amparen el mismo objeto;*".

Asimismo, el artículo 525 del Código de Comercio, señala acerca de la declaración del estado de riesgo: *"Declaración sobre el estado del riesgo. Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.*

Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud."

Así entonces, habiendo declarado fielmente el contratante asegurado al tenor de lo solicitado por el asegurador, no se le puede exigir un mayor celo que el dispuesto por la propia aseguradora, más aún, cuando por las características de la afección se desprendían a simple vista de un sencillo examen médico, y que hubiera permitido a la aseguradora determinar un eventual mayor riesgo y con ello, una eventual exclusión, lo que en la especie, no ocurrió.

De hecho, corrobora lo antes mencionado la propia declaración testimonial de la parte demandada, efectuada por don **Juan Antonio Cataldo Acuña**, que fue quien analizó el siniestro de don Sebastián Aising en que se justificó el rechazo de la compañía. Luego, además de ser su declaración contradictoria con la respuesta de ésta compañía demandada a la impugnación del informe de liquidación de los siniestros, que señala *"la exclusión se debe a incumplimiento de la cobertura y condiciones de la póliza respecto del inicio del siniestro y no de omisiones, ni de declaraciones, ni de preexistencias"*, en circunstancias que señala éste testigo en su declaración que de la evaluación


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

técnica que realiza, concluye que: 1.- El asegurado omitió el antecedente de soriasis de la piel que padecía desde el 2012, omisión que alteró la apreciación del riesgo de la compañía, la cual, de haberlo conocido, lo habría excluido de cobertura en la invalidez 2/3 para este diagnóstico y sus complicaciones dentro de la cual estaría la artropatía psoriática. Ahora, también reconoce que en el cuestionario ninguna pregunta existe respecto de la afección que padecía el asegurado, ya que indica que se priorizan las más frecuentes causantes de invalidez, que no se pregunta por la soriasis porque su incidencia como causal de invalidez es baja. Asimismo, hace referencia a que el dictamen de invalidez del DL 3500 que utiliza el sistema previsional para calificar el grado de incapacidad de los trabajadores de AFP es solamente consultivo para ellos como compañía de Seguros, sin embargo, le dan valor por el análisis técnico. Por lo mismo, cuando indica este testigo que la póliza califica invalidez por enfermedad o accidente por debilitamiento de fuerzas físicas o habilidades intelectuales o mentales, resulta extraño que, a pesar de tener todos los informes médicos, además de lo señalado por la Comisión Médica Central en cuanto expresa que tiene el asegurado daño irreversible en su mano derecha que le impide desarrollar su actividad laboral, igualmente hayan procedido a rechazar el pago de la indemnización. Por último, hace este testigo una declaración respecto de otra compañía de seguro que sí pago al Sr. Aising Rojas por invalidez total definitiva dos tercios, señala a este punto que supo que le pagó Ohio National por incapacidad de 2/3, pero señala que fue mal suscrito el negocio, porque no se excluyó la soriasis para esta cobertura.

Por lo antes mencionado, que tenga psoriasis en placa el actor asegurado, antes de la celebración de los contratos de seguro, ninguna incidencia podría tener para que se excluyera del pago de la indemnización reclamada.

DECIMO CUARTO: Que, haciendo radicar ahora el razonamiento a la



alegación de la parte demandada, la excepción de falta de legitimación activa, en cuanto señala que el actor no tendría legitimación activa para reclamar la indemnización o cumplimiento forzado de la póliza N° 2625598, por cuanto, según lo manifestado por la demandada aseguradora, el demandante don Sebastián Aising Rojas solo revestiría la calidad de asegurado, pero no de beneficiario de la misma, teniendo esta calidad la madre del antes nombrado. Asimismo, porque tampoco interpuso la acción la Sociedad Clínica Aising quien resulta ser el contratante de la póliza referida.

Para resolver adecuadamente esta controversia, se debe tener presente lo señalado en la referida póliza reprochada, que señala: "Cláusula Adicional Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 320130482. Esta cobertura corresponde a un riesgo adicional, conforme se establece en las presentes Condiciones Generales para esta cláusula adicional, no obstante, lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza principal de la cual es accesorio, y como tal se rige por las normas legales imperativas establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio y por las estipulaciones siguientes: *"Artículo N° 1: Cobertura. La aseguradora pagará en forma anticipada al asegurado, el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento del asegurado, en caso de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas..."*

Ahora, resulta claro que el propio contrato de seguro señala expresamente que la aseguradora pagará al asegurado el capital, en caso de cumplirse las condiciones copulativas en el caso de invalidez total y permanente dos tercios, con lo cual, la reclamación de falta de legitimidad activa reprochada por la demandada, pierde todo sustento y justificación, por lo mismo, solo cabe su


MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

rechazo.

Por lo demás, razonar de un modo distinto, esto es, que el asegurado no pueda reclamar los perjuicios que a él le afecten, carece de toda justificación lógica, ya que el primer interesado es el personal y principal afectado por el siniestro que se reclama, razón por la cual, también sería rechazada la excepción de falta de legitimidad activa promovida por la demandada Euroamérica Seguros de Vida S.A.


DECIMO QUINTO: Que, entonces, este sentenciador, forma absoluta convicción, conforme lo que se viene reseñando en cuanto a que se cumplen todos los presupuestos para que se acceda por parte del asegurado a la indemnización correspondiente por los contratos de seguros contratados. Como asimismo, que tiene el asegurado Sebastián Aising Rojas plena legitimidad para exigir de la compañía aseguradora Euroamérica Seguros de Vida S.A., el cobro forzado de los contratos de seguros demandados.

DECIMO SEXTO: Que, en cuanto a los intereses, se deberán los corrientes a contar de la notificación de la demanda, de conformidad a lo establecido en el artículo 1551 del Código Civil. Respecto a los reajustes, se omitirá su aplicación, atendido que la demanda está deducida en Unidades de Fomento que resulta ser una moneda esencialmente reajutable.

DECIMO SEPTIMO: Que, se impondrán las costas a la parte demandada, por haber sido totalmente vencida.

Por estas consideraciones y visto además lo dispuesto en los artículos 512, 524, 525, 530, 531 y siguientes del Código de Comercio; artículos 1437, 1545, 1546 y siguientes del Código Civil; artículos 144, 170, 409, 628 y siguientes, 632 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se resuelve:

I.- Que se rechaza la tacha opuesta en contra del testigo de la demandada.


MARCOS CACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

II.- Que se hace lugar a la demanda promovida por Sebastián Aising Rojas en todas sus partes, y se condena a la demandada Euroamérica Seguros de Vida S.A., a pagar al actor por concepto de los capitales asegurados pactados en los contratos de seguros de autos, por la suma total de UF. 35.000; referido a las pólizas de seguro N° 2625580 y N° 2625598, cuyos valores de indemnización son UF. 20.000.- y UF. 15.000.-, respectivamente, más intereses en la forma establecida en el Considerando Décimo Sexto precedente.

III.- Que se condena en costas a la parte demandada.-

OSCAR
OYARZUN
GORMAZ

Firmado
digitalmente por
OSCAR OYARZUN
GORMAZ
Fecha: 2023.10.16
10:59:11 -03'00'

Dictada por el sr. Juez Arbitro don Oscar Leonardo Oyarzún
Gormáiz. Autoriza el actuario don José Francisco Sotelo Lucero

Dese a las partes aviso de haberse dictado sentencia y
notifíquese. Dese copia.

José
Francisco
Sotelo
Lucero

Firmado
digitalmente por
José Francisco
Sotelo Lucero
Fecha: 2023.10.16
13:02:19 -03'00'

CONFORME CON SU ORIGINAL

STGO. 14 DE oct. 2023

MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado

Conforme con su original
17 de Octubre de 2023.



MARCOS GACITUA G.
Receptor Judicial
Abogado



1255
Luis