

Santiago a catorce de mayo de dos mil trece.

Vistos:

A fojas 52, comparece don Jorge Alberto Yáber Abusleme, abogado, domiciliado para estos efectos en calle Compañía 1068, oficina 1109, Santiago, en representación de don Miguel Angel Torres Rojas, rentista, domiciliado en Quechereguas 2255, Molina, quien deduce demanda de cumplimiento de contrato más indemnización de perjuicios, en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., representada por su Gerente General don Nicolás Gellona Amunátegui, ambos domiciliados en Avenida El Bosque Sur N°180, Las Condes, a fin que se declare lo siguiente:

1.- Que la demandada cumpla con el pago de la indemnización establecida en las pólizas de seguros N°661.216-8 y N°749.551-8, equivalente a la suma de 6.500 Unidades de Fomento, suma total asegurada en las pólizas por pérdida funcional total y absoluta que indica.

2.- Que la demandada debe cancelar la indemnización señalada, más los intereses correspondientes desde la fecha de ocurrencia del siniestro, o desde la fecha que el tribunal arbitral disponga.


3.- Que la demandada debe indemnizar a su representado, por el daño moral provocado a la fecha por incumplimiento de contrato, ascendente a una suma de \$40.000.000, o la suma que el tribunal arbitral disponga; y

4.- Que la demandada debe ser condenada expresamente en costas.

A fojas 101, el demandado opone excepción de prescripción, y en subsidio, contesta la demanda, solicitando su rechazo, con costas.

A fojas 121, está la réplica del actor

A fojas 156, rola la duplica del demandado

	Cia. de Seg. Vida Consorcio Nac. de Seguros S.A. RUT: 99.012.000-5	
	RECEPCIÓN	17 MAY 2013 Hora _____
Recibido por: <i>[Firma]</i> José Cayulao C. RUT: 11.778.847-4		

A fojas 166, se llamó a las partes a conciliación, la que no fue posible.



A fojas 168 se recibió la causa a prueba, fijándose los hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos sobre los que debió recaer.

A fojas 720 se citó a las partes para oír sentencia.

CON LO RELACIONADO Y TENIENDO EN CONSIDERACION:

EN CUANTO A UNA EXCEPCION DE PRESCRIPCION:

PRIMERO: Que la demandada en forma previa, ha opuesto excepción de prescripción de las acciones deducidas, que fundamenta en que con fecha 16 de diciembre de 2005, la cónyuge del asegurado y demandante de autos, se acercó a la sucursal de Consorcio ubicada en la ciudad de Curicó, a fin de denunciar un supuesto accidente que le habría ocurrido al demandante con fecha 13 de diciembre del mismo año.

Señala que la sola denuncia de ese hecho, y dado el antecedente que el demandante poseía dos pólizas contratadas con su parte, y sumado a que con fecha 23 de agosto de 2003, el mismo asegurado ya había denunciado un siniestro por una amputación, dicha vez del dedo índice de su mano izquierda, se decidió solicitar la liquidación de ese supuesto nuevo siniestro a un tercero imparcial y técnico, informando al demandante de la designación del liquidador externo, mediante carta certificada enviada el 7 de febrero de 2006. En relación a la excepción opuesta, señala que el 3 de mayo de 2007, el liquidador designado emitió el respectivo informe técnico, cuyas conclusiones fueron acogidas por la demandada, la que en definitiva comunicó al demandante que no existían coberturas para los hechos que había sufrido, información que fue entregada mediante cartas enviadas el 15 de mayo de 2007. Posteriormente, el 12 de septiembre de

2011 se notificó la demanda de cumplimiento de contrato de seguros e indemnización de perjuicios.

Sostiene en consecuencia, que ha operado el término de prescripción que indica el artículo 822 del Código de Comercio, habiendo transcurrido más de cuatro años entre la fecha en que se informó al asegurado del rechazo de la cobertura solicitada, y el día de la presentación de la demanda.

SEGUNDO: Que haciéndose cargo de dicha excepción, la demandante sostiene su improcedencia, en razón que la inactividad del acreedor cesó con la notificación de la demanda de designación de árbitro de fecha 13 de abril de 2010, antes de haber transcurrido el plazo de 4 años desde el mes de junio de 2007, sosteniendo que en dicho mes llegó la carta a manos del asegurado.

TERCERO: Que la prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones y derechos ajenos, por haberse poseído las cosas o no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales, y se encuentra tratada en el Código Civil, en los artículos 2492 y siguientes.

CUARTO: Que la prescripción se inserta en un sistema jurídico proteccional que tiene como objetivo principal el otorgar certeza y seguridad a las relaciones jurídicas que ligan a los sujetos de derecho y la debida tutela o protección de los mismos, instando en definitiva a que los partícipes de dichas relaciones no se hallen vinculadas en forma indefinida, provocando con ello incertidumbre y falta de consolidación de las diversas situaciones jurídicas.

Si bien el ordenamiento, por una parte otorga la protección al acreedor, facultando al sujeto activo para exigir de aquel que le garantice el ejercicio pacífico y en definitiva la eficacia de su derecho; protege a su vez



al sujeto pasivo de la relación estableciendo con normas de orden público el real alcance y permanencia del deber que de esta relación emana.



La prescripción extintiva o liberatoria, permite la estabilidad de los derechos dando seguridad jurídica y, en definitiva se constituye en un castigo para el actor negligente que no hace valer sus derechos en el tiempo que fija la ley.

Tratase de una institución universal de orden público, puesto que cuando la ley estima que determinada relación jurídica amerita no extinguirse a través de la prescripción liberatoria, lo señala expresamente, como en la acción de reclamación de estado civil, la acción de partición, etc.

QUINTO: Que de acuerdo a lo prescrito en el artículo 2514 del Código Civil, la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos, exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones, agregando el inciso segundo del mismo artículo que dicho tiempo se cuenta desde que la obligación se haya hecho exigible. Por otra parte, el artículo 822 del Código de Comercio, dispone que las acciones que procedan de las obligaciones de que trata su Libro Segundo y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, durarán cuatro años.

Las prescripciones establecidas en este Código corren contra toda clase de personas.

SEXTO: Que a su turno, el artículo 2493 de nuestro código sustantivo, prescribe que “El que quiera aprovecharse de la prescripción debe alegarla; el juez no puede declararla de oficio.”

SEPTIMO: Que a su vez, el artículo 2518 del Código Civil, dispone que la prescripción extintiva se interrumpe civilmente con la demanda judicial, salvo los casos enumerados en el artículo 2503 del mismo Código.

OCTAVO: Que, la jurisprudencia de los tribunales superiores de justicia, ha sido reiterada en relación a que los términos recurso judicial y

demanda judicial que emplea el Código Civil, en los artículos referidos en el razonamiento anterior no pueden considerarse en un sentido restringido, sino por el contrario, para los fines de manifestar el propósito de que no se abandona un derecho, deben entenderse en un sentido más amplio, como lo es, toda acción hecha valer ante la justicia y encaminada a obtener o resguardar un derecho amagado.-



NOVENO: Que en este sentido, también se ha entendido que la gestión judicial de designación de árbitro, constituye una verdadera gestión preparatoria del arbitraje, con el objeto de poder discutir y obtener en el juicio respectivo el reconocimiento del derecho que se estima vulnerado. De esta forma, y constituyendo en el caso de autos, la gestión de designación de árbitro ante la justicia ordinaria una gestión necesaria para poder iniciar la acción de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios, resulta claro que con ella, debe obligatoriamente entenderse que el demandante, al solicitar la designación de árbitro, y notificarla, ha ejercido una acción en los términos indicados en el razonamiento octavo precedente.

DECIMO: Que así las cosas, y habiendo el demandado invocado como época en que comenzó a computarse el plazo de prescripción el día 15 de mayo de 2007, fecha en que habría comunicado al actor la no cobertura del seguro para los hechos que se relatan en la demanda, el plazo de prescripción se cumplía el 15 de mayo de 2011.-

UNDECIMO: Que no obstante lo anterior, y según consta a fojas 32 de estos autos, la demandada fue notificada de la solicitud de designación de árbitro el día 13 de abril de 2011, interrumpiendo de esta forma cualquier término hubiese estado corriendo, por lo que la excepción en cuestión será desestimada.-



EN CUANTO AL FONDO:

DUODECIMO: Que don Jorge Alberto Yáber Abusleme, en representación de don Miguel Angel Torres Rojas, deduce demanda de cumplimiento de contrato más indemnización de perjuicios, en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., a fin que se declare lo siguiente:

1.- Que la demandada cumpla con el pago de la indemnización establecida en las pólizas de seguros N°661.216-8 y N°749.551-8, equivalente a la suma de 6.500 Unidades de Fomento, suma total asegurada en las pólizas por pérdida funcional total y absoluta que indica.

2.- Que la demandada debe cancelar la indemnización señalada, más los intereses correspondientes desde la fecha de ocurrencia del siniestro, o desde la fecha que el tribunal arbitral disponga.

3.- Que la demandada debe indemnizar a su representado, por el daño moral provocado a la fecha por incumplimiento de contrato, ascendente a una suma de \$40.000.000, o la suma que el tribunal arbitral disponga; y

4.- Que la demandada debe ser condenada expresamente en costas.

DECIMO TERCERO: Que como fundamento de su acción, indica que don Miguel Angel Torres Rojas, contrató con la demandada, las siguientes pólizas:

1.- Póliza de Seguro de Vida (Vida Preferente Capital Constante) N°661.216-8, cuyas “Condiciones Generales” está inscrita en Registro de Pólizas bajo POL 2 92 090 y con cláusula adicional de beneficio por accidente que sus “Condiciones Generales” está inscrita en el Registro de

Pólizas bajo POL 2 92 139, con vigencia desde el 10 de septiembre de 2001, y un monto asegurado de 3.000 Unidades de Fomento.



2.- Póliza de Accidentes Personales N°749.558-8 cuyas “Condiciones Generales” está inscrita en Registro de Pólizas bajo el código POL 3 03 035. Vigencia desde el 2 de julio de 2003 y un monto asegurado de 10.000 Unidades de Fomento.

Indica que dentro de la cobertura de las pólizas está la pérdida de un pie, y se establece que la compañía pagará al asegurado los porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares. En ambas pólizas el porcentaje del monto asegurado equivale a un 50% por pérdida de un pie.

Continúa señalando que el día viernes 13 de diciembre de 2005, manipulando un galletero eléctrico, y por un lamentable accidente, su mandante se cercenó el pie izquierdo, concurriendo inmediatamente al Hospital Base de la ciudad de Curicó, salvando la vida providencialmente, dándose aviso por intermedio de su mujer, a las autoridades policiales, dejando la constancia respectiva, como también a la aseguradora.

Una vez que fue médicamente compensado de su estado y situación, se comunicó con la demandada, informándole del accidente, con el objeto que se diera aprobación al pago de la cobertura de las pólizas de seguro pertinentes, en tanto sufrió la amputación del pie izquierdo, lo que implica la pérdida funcional total y absoluta de dicho pie.

Añade que la demandada encargó los servicios del liquidador señores APS Ltda., Liquidadores de Seguros, para proceder a la liquidación del siniestro en conformidad a las pólizas contratadas, quienes con una falta de profesionalismo incalificable, luego de transcurridos aproximadamente dos años, emitieron los siguientes informes:

- Informe de liquidación N°00014-2006, respecto de la póliza N°661.216-8 que concluye su opinión de no cursar pago indemnizatorio,

por no tener cobertura la amputación parcial sufrida, y adicionalmente no cubrir la póliza la amputación de uno o más dedos del pie, y concurrir además las siguientes causales de rechazo:



a.- La no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en conformidad al artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las condiciones generales de la póliza de seguro.

b.- La reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de una póliza anterior con Cardiff Seguros de Vida S.A. y otra con Cigna Compañía de Seguros de Vida S.A., información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 4° Declaraciones del asegurado e Indisputabilidad, de las Condiciones Generales de la Póliza de Vida sin Valores Garantizados (código POL 2 92 090) de la cual la Cláusula de Beneficio por Accidental aplicable a esta liquidación (Código CAD 2 92 139) es accesoria o complementaria faculta a la compañía para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, en ambos casos retener la prima pagada.

- Informe de Liquidación N° 00015-2006 en relación con la póliza N°749.551-8 que concluye su opinión de no cursar pago indemnizatorio por las siguientes causales de rechazo:

a.- La no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en conformidad al artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las condiciones generales de la póliza de seguro.

b.- La reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de 9 pólizas de seguros, ya sea de vida o accidentes personales, información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 7º Declaración del asegurado de las Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales (código POL 3 03 035) faculta a la compañía para poner rechazar el pago de la indemnización reclamada.

Señala que la demandada, a través de dos cartas idénticas, informó al demandante su decisión de acoger en todas sus partes el informe del liquidador mencionado, por lo que determinaron rechazar la indemnización reclamada.

Haciéndose cargo de las causales de rechazo esgrimidas por el liquidador, sostiene en cuanto al rechazo establecido en el artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las condiciones generales de la póliza de seguro, que los liquidadores incurren en un error, ya que el artículo 9º de la póliza N°661.216-8 trata sobre el efecto del no pago de la prima y nada tiene que ver con la razón del rechazo, y el artículo 9º de la póliza 749.551-8 se refiere a los reajustes de valores y no dice relación con el rechazo. Agrega en cuanto a ello, que el artículo 556 N°7 del Código de Comercio, lo que impone al asegurado es la obligación de acreditar la ocurrencia del siniestro, que el accidente corresponde al riesgo asegurado, y el monto de los daños, lo que su parte cumplió a cabalidad, acreditando la ocurrencia del siniestro, proporcionando todos los antecedentes necesarios, para establecer en forma clara y precisa, la lesión e incapacidad sufrida y

que este tuvo un origen en un accidente sujeto a indemnización, por lo que los informes de liquidación en realidad pretenden alterar la carga de la prueba en contra del asegurado. Asegura en este sentido, que lo resuelto por la demandada al rechazar por el artículo 556 N°7 del Código de Comercio, verifica que no tiene prueba alguna y que no posee evidencias concretas y reales para rechazar el siniestro, verificándose un incumplimiento contractual ofensivo y grave en la persona del demandante.



Manifiesta, además que los informes de liquidación utilizan términos y frases ambiguas e insinuantes, las que rechaza categóricamente y que según dice, demuestran la falta de profesionalismo en la ejecución de la liquidación, siendo notorio que han sido confeccionados con la idea de rechazar, dando la impresión que fueron hechos sin revisar a cabalidad los antecedentes del caso, los que la demandada hace suyos.

Prosigue con sus argumentos, indicando que los liquidadores en forma burda señalan que no estaríamos frente a un accidente en los términos de la póliza, lo que según su parecer es ridículo.

Explica que el demandante es rentista, posee varias propiedades y es él quien en forma habitual les realiza la mantención, reparación y ampliaciones a los distintos inmuebles, siendo así como en muchas ocasiones ha concurrido a la multitienda Sodimac S.A. y ha arrendado diversos productos para efectuar los trabajos que requieren sus propiedades, siendo falsa la afirmación que carecía de adecuado conocimiento para operar el esmeril, siendo debidamente instruido en la utilización de la herramienta en el proceso de arrendamiento.-

En lo que se refiere a la obligación de declarar la contratación de otras pólizas de seguros, hace presente que su parte jamás ocultó información que pudiera ser relevante para la demandada, o mediante la cual aquella no hubiese contratado las pólizas de seguro, llenándose los documentos exhibidos con el agente de ventas de la demandada, y en ellos

se expresó y expuso toda la información requerida por el agente y que indicaba el formulario de contratación de pólizas.

Manifiesta que conforme al artículo 4° de la póliza, rige plenamente la indisputabilidad, pues, han transcurrido más de dos años desde el inicio de vigencia de la póliza y claramente no existe mala fe por parte del asegurado, sin perjuicio de haber declarado todas las circunstancias, situaciones y/o detalles que le expuso el agente de ventas, cumpliendo en forma apropiada y correcta con su obligación como asegurado, exponiendo que el agente de ventas del seguro es quien guía al asegurado a llenar el formulario, el que es confeccionado por la propia aseguradora, el que no tiene espacio suficiente para anotar varios seguros, y que la demandada tenía pleno conocimiento que el actor contaba con varios seguros, lo que se evidencia del pago de otro siniestro en agosto de 2003, el que lo efectuó junto con otras compañías.

En lo que se refiere a no tener cobertura la amputación parcial sufrida por el asegurado en su pie izquierdo, expone que el actor sufrió la amputación traumática prácticamente completa del pie izquierdo, por el accidente con la sierra y la posterior amputación quirúrgica para regularizar el muñón, lo que implica la pérdida absoluta en 24 huesos y falanges, de todos los músculos, tendones y nervios del pie, no pudiendo hacer ningún movimiento articular con él, verificándose la pérdida funcional total y absoluta del pie izquierdo, resultando en su concepto, poco serio, profesional señalar que la pérdida funcional del pie es en un 21%.

Más adelante, hace alusión a la función del pie, para precisar que el actor perdió absolutamente la funcionalidad y fisiología del pie izquierdo, no contando con los huesos, músculos, nervios y tendones del pie izquierdo, perdiendo totalmente la función estática y cinética del órgano.

Expone que al no pagar el siniestro denunciado sin ningún fundamento o antecedente real y serio, la demandada ha caído en un incumplimiento del contrato de seguro, lo que ha provocado graves y serios daños al demandante.



En cuanto al daño moral, señala que el incumplimiento ha provocado al demandante una angustia profunda, aumentada por los años de incertidumbre en cuanto a si la demandada lo iba a indemnizar o no del siniestro, lo que empeoró con la noticia del rechazo del mismo. Explica que el monto o suma de la indemnización era indispensable y necesario para una óptima rehabilitación, que implica enormes gastos en tratamientos médicos, los que ha debido solventar de su propio bolsillo, sin saber si se seguirán extendiendo. Agrega que el incumplimiento contractual le ha llevado inclusive a solicitar ayuda profesional psicológica, a fin de poder sobrellevar esta circunstancia que pesa gravemente, y que traspasa injustamente a su mujer e hijos.

DECIMO CUARTO: Que en su contestación, el demandado solicita el rechazo de la demanda, señalando que efectivamente dentro de los productos ofrecidos por su parte, se encuentran los dos seguros contratados por el actor. Añade que con fecha 16 de diciembre de 2005, la cónyuge del actor se acercó a su oficina en la ciudad de Curicó, denunciando que con fecha 13 de diciembre del mismo año, éste “al reparar el parrón de su casa con una galletera eléctrica y estando cortando fierro, se enredó en su pie derecho el cable de la misma, y ésta resbaló y cayó sobre su pie izquierdo amputándoselo”.

Producto del denuncia, su parte entregó la liquidación del siniestro a un tercero profesional e imparcial como lo es “APS Limitada, Ajustadores

Profesionales de Seguros”, dando estricto cumplimiento con la normativa que les rige, decisión que se encuentra fundada en que el 23 de agosto de 2003, el demandante ya había denunciado un siniestro por amputación, dicha vez del dedo índice de su mano izquierda, y que el sr. Torres poseía seguros vigentes de accidentes contratados en 9 compañías diferentes, en las cuales mantenía un total de 13 contratos de seguros por su vida e integridad física, todo por un total asegurado de aproximadamente 60.000 Unidades de Fomento.



Manifiesta que la liquidación concluyó con fecha 3 de mayo de 2007, en que el liquidador designado emitió el respectivo informe técnico, en los cuales se concluyó que los sucesos denunciados por el demandante no se encontraban cubiertos por las pólizas contratadas en la compañía de seguros, siendo acogidas las conclusiones por su parte, comunicando por escrito al asegurado que no existían coberturas para los hechos que había suscrito, con fecha 15 de mayo de 2007.

Prosigue su defensa, señalando que la circunstancia que el artículo 539 del Código de Comercio presuma accidentalidad, no quiere decir que todo hecho esté cubierto, especialmente al tratarse de una póliza de accidentes como en ambas pólizas contratadas en la demandada, las que definen el concepto de accidente, el que no fue acreditado por el actor.

Para el evento que se estimara que el hecho podría estar cubierto, indica que la omisión de información referida a cualquiera circunstancia que conocida por la compañía pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, es considerada esencial por la demandada, siendo la pregunta de la existencia de otros seguros contratados en otras compañías que tiene como razón de ser la de evitar fraudes o sobreaseguramientos, y en el caso de la existencia de muchos seguros, en el caso de un siniestro que ocurriría que el seguro

sería más una fuente de ingresos que un contrato de transferencia de riesgos.

Prosigue su argumentación señalando en relación a las pólizas, que el artículo 3° letra b) y artículo 4° letra g) de ellas, excluyen de la cobertura contratada, cuando el hecho es de carácter temerario, lo que en el caso se daría por el solo hecho de manipular una máquina como la supuestamente usada por el demandante, sin tener la calificación técnica ni los equipos de seguridad mínimos para su correcto uso.

En cuanto a una página de Internet supuestamente de la empresa Sodimac, indica que nunca se demostró que la máquina se hubiera arrendado en dicho establecimiento, ni que hubiera producido el accidente, y que ella solo dice relación de “como construir un mesón de trabajo”.

Otros hechos que dieron pie al fundamento de rechazo de las coberturas accidentales solicitadas, dice que fueron que el actor prefirió que lo llevaran al Hospital Base de Curicó en auto, antes de llegar al de Molina, preguntándose si el accidente era tan grave, no hubiera sido de sentido común llegar a ese lugar primero, y que el demandante a diferencia de lo que habría hecho cualquier persona, dejó botado el resto del pie y zapato supuestamente accidentado, el que se lo habrían comido los perros.

En el evento que este tribunal considerase que los hechos ocurridos se encuentran dentro de la definición de accidente y que las demás causales invocadas por la demandada no son suficientes como exclusiones de la misma, señala que la póliza N°661.216-8 no otorga ningún tipo de cobertura invocando para ello los artículos 1° y 2° de la misma, y respecto de la póliza 749.551-8 manifiesta que la cobertura del 50% del capital que le habría correspondido en caso de siniestro cubierto y que le hubiera ocasionado la pérdida del pie completo o la pérdida funcional total del mismo, lo que no ha ocurrido.



Continúa señalando que el demandante no se opuso al informe de liquidación ni lo denunció a la Superintendencia de Valores y Seguros, conforme al artículo 23 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, aceptando el contenido del mismo.

Finalmente, en relación al daño moral demandado, indica que no tiene fundamento legal alguno, por no existir ningún incumplimiento contractual, siendo el eventual daño sufrido por el demandante que se debió única y exclusivamente a su conducta temeraria de trabajar una máquina sin el cuidado y la protección necesaria.-



DECIMO QUINTO: Que en su réplica el demandante reitera sus argumentos de la demanda y en la dúplica el demandado refuerza los de su contestación.

DECIMO SEXTO: Que en su duplica, el demandado reiteró sus excepciones, alegaciones y defensas de la contestación.

DECIMO SEPTIMO: Que son hechos de la causa los siguientes:

1.- Que efectivamente, entre las partes de este juicio se celebraron dos contratos de seguro de vida: el primero, bajo la póliza N°661.216-8, cuyas condiciones generales se encuentra inscritas en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los Códigos POL 292 090 y CAD 2 92 139, de fecha 10 de septiembre de 2001.

El segundo contrato, bajo la póliza N° 749.551-8, cuyas condiciones generales se encuentran inscritas en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POL 3 035 035, con vigencia desde el 2 de julio de 2003.

2.- Que, con fecha 16 de diciembre de 2005, la cónyuge del actor procedió a denunciar ante la demandada, que con fecha 13 de diciembre de

ese mismo año, aquel había sufrido un accidente, en virtud del cual le fue amputado su pie izquierdo.

3.- Que la demandada entregó la liquidación del siniestro a un tercero, el que en mayo de 2007, procedió a emitir dos informes en que propone a la aseguradora cerrar el siniestro, sin cursar pago indemnizatorio alguno, en relación a la póliza N°661.216-8, por las siguientes razones:

a.- La no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en conformidad al artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las condiciones generales de la póliza de seguro.

b.- La reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de una póliza anterior con Cardif Seguros de Vida S.A. y otra con Cigna Compañía de Seguros de Vida S.A., información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 4° Declaraciones del asegurado e Indisputabilidad, de las Condiciones Generales de la Póliza de vida sin Valores Garantizados (código POL 2 92 090) de la cual la Cláusula de Beneficio por Accidental aplicable a esta liquidación (Código CAD 2 92 139) es accesoria o complementaria faculta a la compañía para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, en ambos casos retener la prima pagada

Y en relación a la póliza N°749.551-8 por las siguientes causales de rechazo:

a.- La no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en conformidad al artículo 556 N°7 del Código



de Comercio, y artículo 9 de las condiciones generales de la póliza de seguro.

b.- La reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de 9 pólizas de seguros, ya sea de vida o accidentes personales, información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 7º Declaración del asegurado de las Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales (código POL 3 03 035) faculta a la compañía para poner rechazar el pago de la indemnización reclamada.

4.- Que la demandada acogió todos los argumentos del liquidador de seguros, procediendo a rechazar el pago de las indemnizaciones solicitadas por el actor.

DECIMO OCTAVO: Que a su vez, son hechos controvertidos, la efectividad que el accidente sufrido por el actor el día 13 de diciembre de 2005 se encuentra excluido de la cobertura de que dan cuenta los contratos de seguro celebrados por las partes, la efectividad de las causales esgrimidas por la demandada para rechazar el siniestro materia de autos, y si como consecuencia del rechazo del pago del siniestro, el demandante ha sufrido perjuicios por daño moral y en qué consistieron éstos.

DECIMO NOVENO: Que para acreditar sus asertos, el demandante acompañó los siguientes documentos:

- 1.- Copia de la póliza de seguro de vida N°661.216-8.
- 2.- Copia de la póliza de accidentes personales N°749.551-8.



3.- Informe de liquidación de APS Ajustadores Profesionales de Siniestros N° 00014-2006.

4.- Informe de liquidación de APS Ajustadores Profesionales de Siniestros N° 00015-2006.

5.- Copia de 2 cartas emitidas por la demandada, que comunica el rechazo de la indemnización reclamada, fechadas ambas el 15 de mayo de 2007, adjuntando posteriormente los originales.

6.- Copia simple de documentos emitido por el Hospital Base de Curicó.-

7.- Copia simple de documento denominado “Valoración Ingreso Enfermería” del Hospital Base de Curicó.

8.- Copia simple de Certificado de Discapacidad, emitido por Compín Región del Maule.

9.- Fotografía autorizada ante Notario, del estado de la pierna izquierda del actor, de fecha 23 de junio de 2011.

10.- Copia simple de página web de Sodimac.-

11.- Certificado emitido por Compín VII Región, que da cuenta del diagnóstico del actor como “Amputación traumática pie izquierdo”, con grado de incapacidad menor de 2/3.-

12.- Informe Médico traumatológico emitido por el traumatólogo don Patricio Rodríguez Marchant con fecha 16 de marzo de 2012.

13.- Copia documento denominado “Informe Ortopedista” emitido por el Técnico Ortopédico don Cristián López Rojas, de 15 de marzo de 2012.-

14.- Certificado médico emitido el 9 de marzo de 2012, por el médico psiquiatra don Nicolás Carrión Vergara.

15.- 4 Fotografía autorizada ante Notario, del estado de la pierna izquierda del actor, de fecha 23 de junio de 2011.

16.- Copia autorizada de documento denominado “Informe Psicológico” emitido por doña Constanza Campusano, psicóloga clínica.

17.- Copia autorizada de Certificado, emitido el 28 de octubre de 2006, por el médico psiquiatra don Nicolás Carrión Vergara.

18.- Copia simple de radiografía.

19.- Copia simple de informe traumatológico de 5 de julio de 2006 emitido por don Gabriel del Rio, médico traumatólogo.-

20.- Copia simple de documento denominado “Evaluación Médica Tercer Informe”, emitido por don Guillermo Solar Oyanedel Medico Evaluador de Centro de Evaluación Médica y Salud Ocupacional.

21.- Copia simple de Informe Psicológico de 3 de marzo de 2006, emitido por doña Cecilia Solar Cofré, psicóloga de Centro de Evaluación Médica y Salud Ocupacional.-

22.- Otra Fotografía autorizada ante Notario, del estado de la pierna izquierda del actor, de fecha 23 de junio de 2011

23.- Copia autorizada de dos exhortos referidas a una causa tramitada ante el sr. Juez Arbitro don Juan Guzmán Tapia-

24.- Informe sobre accidente emitido por doña Carmen Gloria Guzmán, Ingeniero Civil Industrial, experta profesional en Prevención de Riesgos, con los antecedentes curriculares de la misma.

25.- Publicación de julio de 2007 en el Diario El Maule, artículo publicado en página web Sodimac y Copia de folletos publicitarios de arriendo de herramientas y maquinarias de Sodimac Constructor.

VIGESIMO: Que asimismo, el demandante se valió de la testimonial con los dichos de doña Verónica Roxana Revillot Ahumada, quien declaró en su calidad de vendedora de seguros de otra compañía y que contrató también con el actor, respecto de las razones de la omisión de indicar todas las compañías con las cuales tenía seguros vigentes, y la



situación personal de aquel posterior al accidente. Don Marcelo Martínez Mancilla, quien declaró respecto del accidente que conoció por los comentarios de su hijo quien lo presencié, y también de las circunstancias personales del actor posteriores al accidente, declarando así también el testigo don Manuel Cancino Alvarez. También declaró don Patricio Antonio Rodríguez Marchant, quien reconoció como de su autoría el informe médico referido en el numeral 12.- del razonamiento anterior, manifestando que el accidente sufrido por el actor no le permite caminar, debiendo realizar un gasto de energía y esfuerzo diferente al normal, ya que solo cuenta con el apoyo posterior del pie, debiendo usar una prótesis parcial del pie o un zapato ortopédico que la incluya, provocando un impedimento del pie izquierdo para realizar actividades como correr o ejecutar otros movimiento en velocidad. También declaró don Cristian Lopez Rojas, quien reconoció como suyo el informe indicado en el numeral 13.- del razonamiento precedente, señalando que en el mes de enero de 2006 se acercó a su oficina el actor, buscando ayuda profesional para su amputación traumática, para lo cual poder tener una marcha un poco más parecido a lo normal, haciéndole una ortesis tobillo pie, para alinear el segmento y poder caminar, tratándolo hasta la actualidad.

Finalmente, declaró don Nicolás Carrión Vergara, quien indicó haber visto en el desarrollo del actor, síntomas y signos ansiosos y depresivos desde octubre del año 2006, requiriendo sicoterapias, medicamentos y control médico, reconociendo como suyo el certificado referido en el numeral 14.- del razonamiento anterior

VIGESIMO PRIMERO: Que el demandado, por su parte acompañó los siguientes documentos:

- 1.- Propuesta de Seguro de Vida de fecha 23 de junio de 2003
- 2.- Documento denominado “Declaración del Asegurable Seguro Accidentes Personales” de fecha 24 de junio de 2003.-
- 3.- Solicitud de seguro de vida N° póliza 661216-8 con cuestionario y examen médico.
- 4.- Copia simple de lista de peritos en prevención de riesgos y médicos.
- 5.- Copia simple de sentencia pronunciada por la Excm. Corte Suprema.-
- 6.- Informe de liquidación de APS Ajustadores Profesionales de Siniestros N° 00014-2006
- 7.- Informe de liquidación de APS Ajustadores Profesionales de Siniestros N° 00015-2006

VIGESIMO SEGUNDO: Que en estos autos, también se procedió a recibir dos informes periciales solicitados por el demandado, consistentes en el informe de don Pedro Gac Vega, Ingeniero en Prevención de Riesgos, y don Juan Luis Ritz Pérez, Traumatólogo

VIGESIMO TERCERO: Que también se recepcionaron los antecedentes clínicos de don Miguel Angel Torres Rojas, enviados por el sr. Director del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Curicó, y la ficha clínica del Hospital Base de Curicó.-

VIGESIMO CUARTO: Que con el mérito de la póliza N°661.216-8 de fecha 12 de septiembre de 2001, se puede establecer que, para los efectos de este juicio, y de acuerdo a la cláusula adicional beneficio por accidente, que el riesgo asegurado, entre otros, consistió en la pérdida total


de una pierna o un pie, correspondiendo el monto a indemnizar al equivalente a un 50% del capital asegurado. En el artículo 2º letra b) de la misma cláusula adicional, se define como pérdida total, la separación completa y en forma definitiva y permanente de un miembro u órgano respecto del organismo al cual pertenece, o también su pérdida funcional absoluta. Asimismo, la letra c) dispone que la pérdida funcional absoluta es la ausencia definitiva, total y permanente de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos o miembros comprendidos, sin implicar su eliminación del organismo al cual pertenece.



VIGESIMO QUINTO: Que el liquidador, al proponer el rechazo de la indemnización, indica que nos encontramos ante una amputación traumática del antepie, que representa una pérdida anatómica del 76% del pie, por lo que no puede ser considerada en este caso una pérdida total del pie, citando la conceptualización del término “pérdida total” ya referido en el razonamiento anterior. Agrega que el asegurado conserva el calcáneo y el astrágalo, dejando un muñón amputacional a nivel talo-navicular, el que tiene una irrigación e inervación, lo que le permite caminar con un calzado adaptado, sin haber perdido longitud la extremidad. En cuanto a la determinación de la pérdida funcional del pie, agrega el informe, que debe tenerse presente que la pérdida anatómica del 100% del pie representa el 28% de la pérdida total funcional, de modo que la pérdida anatómica de un 76% del pie, le produjo al asegurado una pérdida funcional del 21%. Continúa indicando que en cuanto a la posibilidad de usos protésicos y funcionalidad, el asegurado una vez adaptado a una prótesis es capaz de realizar la gran mayoría de las funciones, como sentarse, ponerse de pie, caminar con mínima claudicación, sobre terrenos planos o inclinados, por lo que concluye que la amputación traumática no genera la pérdida total anatómica, ni la pérdida total funcional del pie izquierdo en los términos exigidos en la póliza en análisis.

VIGESIMO SEXTO: Que al respecto, se debe tener en consideración, que el riesgo asegurado debió ser analizado por el liquidador en los términos indicados en el razonamiento vigésimo cuarto, precedente, en tanto ello fue lo pactado por las partes al contratar. Sin embargo, al referirse a la pérdida total, invoca un concepto distinto al indicado en la letra b) del artículo 2º de la cláusula adicional beneficio por accidente, siendo de advertir, que sin perjuicio que las partes están de acuerdo en que la amputación traumática no implicó una pérdida total del órgano en los términos señalados en la póliza, al conservar el calcáneo y el astrágalo, la referencia a la pérdida funcional absoluta, se encuentra determinada por el liquidador en relación a la pérdida total funcional del organismo, mas no a la funcionalidad del pie, estableciendo, como ya se dijo una pérdida funcional del 21% para una pérdida anatómica del pie de un 76%, lo que se encuentra absolutamente alejado de los términos definidos en la póliza de seguros en su cláusula adicional tantas veces referida, que se refiere a la pérdida de la capacidad de función del o los órganos o miembros comprendidos.

VIGESIMO SEPTIMO: Que en este aspecto, el informe pericial emitido por el médico traumatólogo don Juan Ritz Pérez, manifiesta del ítem denominado “Examen Físico Segmentario de la Especialidad”, al examinar el tobillo y pie izquierdo, lo siguiente: “muñón de amputación con cicatriz anterior transversa de 9 cm. a nivel de articulación del astrágalo con el resto de los huesos del pie, salvo el calcáneo, dolor a nivel de la articulación del tobillo (tibio-peronea-astragalina) y a nivel de la articulación sub-astragalina (entre el astrágalo y el calcáneo), del tendón de Aquiles y de la pantorrilla izquierda. Deambula apoyando solo el talón. Utiliza una prótesis de acrílico, con apoyo posterior de la pierna y plantar del pie, más un elemento protésico que ocupa el espacio correspondiente al resto del pie y permite apoyo anterior del muñón”. Más adelante agrega,



que en el ítem “Consideraciones” que la amputación medio-tarsiana si bien conserva el retropié, con los huesos astrágalo y calcáneo, genera una inestabilidad de la marcha al contar sólo con el apoyo del talón, asociada a un desbalance muscular que produce dolor articular y fatiga muscular al deambular, que la alteración biomecánica no es compensada adecuadamente con una prótesis como la que utiliza el paciente, siendo que podría beneficiarse con una nueva prótesis que permita una distribución más adecuada de las fuerzas o con una modificación del muñón, en los términos que expresa. Sin embargo el perito concluye que la pérdida funcional si bien es muy importante, no podría calificarse como absoluta, ya que puede apoyar el talón, citando al efecto una disposición de la póliza inexistente, concluyendo finalmente que la amputación del actor le permite un apoyo precario, generando inestabilidad de la marcha y fatiga muscular, pudiendo beneficiarse con una nueva prótesis y con una nueva intervención quirúrgica.

VIGESIMO OCTAVO: Que de lo relatado por el perito, se puede concluir que la supuesta funcionalidad del resto del pie que no sufrió la amputación, se encuentra referida más bien al apoyo que puede el actor efectuar del muñón que le quedó luego de sufrida dicha amputación, apoyo que requiere necesariamente, para los efectos de realizar la función natural del pie, cual es la de soporte y propulsión, de la utilización de una prótesis y de una modificación del muñón.

VIGESIMO NOVENO: Que en este orden de cosas, no puede este tribunal arbitral entender de qué forma podríamos evidenciar que la amputación traumática del pie, no le produjo al actor una pérdida funcional absoluta, si como lo ha sostenido el mismo perito, requiere tanto para el apoyo como para el desplazamiento, de una prótesis que le ayude o sustituya la función del pie.



TRIGESIMO: Que por otra parte, y sin perjuicio de lo señalado anteriormente, el peritaje incurre en el mismo error conceptual del liquidador, al pretender establecer la pérdida funcional del pie, en relación con el menoscabo global de la persona, en tanto, sin perjuicio de invocar una norma contractual inexistente, la única referencia que hace la cláusula adicional a 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. 3500 de 1980, se refiere únicamente al siniestro indicado en el numeral 5 del artículo 1° de la cláusula indicada, siendo que para los efectos de determinar si nos encontramos frente a una pérdida total del pie, debió haber efectuado un análisis al tenor de las conceptualizaciones que da el artículo 2°.

TRIGESIMO PRIMERO: Que en consecuencia, con la prueba rendida por el demandado no es posible determinar, en el aspecto antes indicado, que el siniestro sufrido por el demandante, se encuentre excluido de la cobertura de la póliza N°661-216-8 y su cláusula adicional, en tanto para denegarla ha descansado sobre presupuestos alejados del contrato de seguro, como ya ha quedado establecido, no pudiendo concluirse con el solo mérito del peritaje rendido, que nos encontremos frente a una pérdida total de la funcionalidad del pie, en tanto el perito no da suficiente razón de sus dichos, sosteniendo únicamente que no se trataría de una pérdida de función absoluta solo por el hecho de la posibilidad de apoyar el talón, apoyo que el mismo perito reconoce que es precario, y que requiere de una prótesis y una nueva intervención quirúrgica.

TRIGESIMO SEGUNDO: Que la segunda causal de rechazo esgrimida por el demandado, se refiere a la no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en

conformidad a lo dispuesto en el artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las Condiciones generales de la póliza de seguro.

TRIGESIMO TERCERO: Que el artículo 556 mencionado, dispone que el asegurado está obligado: 7° A probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad del asegurador. A su vez, el artículo 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro dispone lo siguiente: “Si habiendo vencido el plazo de gracia fijado en el artículo 8° precedente, la prima se encontrare impaga, el contrato de seguro terminará anticipadamente en forma inmediata, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, liberándose la compañía aseguradora de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza”.

TRIGESIMO CUARTO: Que en este aspecto, útil es recordar la definición que hace el artículo 512 del Código de Comercio, del seguro, como un contrato bilateral, condicional y aleatorio por el cual una persona natural o jurídica toma sobre sí por un determinado tiempo todos o alguno de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes a otra persona, obligándose, mediante una retribución convenida, a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados. A su vez, el artículo 513 de dicho código, dispone que se entiende por riesgo la eventualidad de todo caso fortuito que puede causar la pérdida o deterioro de los objetos asegurados, y el artículo 539 establece que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede acreditar que ha sido causado por un accidente que no le constituye responsable de sus consecuencias, según la convención o la ley.

TRIGESIMO QUINTO: Que en este orden de cosas, corresponde al asegurado acreditar la existencia del siniestro, entendiéndose por tal la pérdida o daño de las cosas aseguradas y que dicho siniestro corresponde a uno de los riesgos asegurados.



TRIGESIMO SEXTO: Que el informe del liquidador, para sustentar el rechazo en este punto, se encuentra referido a la discordancia del procedimiento aplicado al momento de ingresar al Hospital Base de Curicó, en relación con un accidente sufrido por el actor en el año 2003, que le provocó la amputación del dedo índice, en razón que en cuanto al accidente que es materia de este juicio, no se habría dado cuenta a la Fiscalía Local de Molina, e iniciado una investigación penal, y a la atención que llama al liquidador la existencia de dos constancias estampadas por la cónyuge del demandante, una dando cuenta de la pérdida de la totalidad de los dedos del pie, y otra cuatro días después, dando cuenta de la amputación completa del pie izquierdo hasta el talón. Asimismo, parece descansar dicha negativa en la contratación y pago de 14 pólizas por un monto total de 230,65 Unidades de Fomento, lo que implicaría un 14% de los ingresos en el pago de las primas de los seguros, lo que podría ser considerado como bastante elevado. Prosigue en relación a las circunstancias en las que habría ocurrido el accidente, señalando que de acuerdo al prevencionista de riesgos, es poco probable que el esmeril al desprenderse de las manos del actor, cayera sobre el pie izquierdo, siendo más probable que en ese caso hubiera alcanzado el pie derecho, resultando también difícil de validar el relato del demandante en cuanto al desplazamiento luego de la amputación de unos 80 metros por un terreno con desniveles, tierra y pasto para llegar al edificio principal de la casa a buscar ayuda, haciendo mención al traslado al Hospital de Curicó no obstante existir Hospital en Molina. En relación al pedazo de pie amputado, hace mención a la declaración del actor y la hipótesis de habérselo comido los perros. En relación a la máquina, indica que ella aparece devuelta en Homecenter Sodimac de Curicó sin observaciones, no obstante que no se habría lavado ni limpiado, y que resulta al menos inconsistente que el asegurado no haya acudido al maestro especialista en el trabajo en fierros a





quien le habría encomendado otros trabajos antes, para que o bien realizara el trabajo o bien le facilitara la máquina adecuada, prefiriendo en cambio trasladarse hasta la ciudad de Curicó a objeto de arrendar un esmeril angular. Por otra parte, el liquidador invoca supuestas inconsistencias en relación a la situación patrimonial y tributaria del asegurado, para concluir que no se puede, con la información disponible, y antecedentes y documentación recopilados, dar por acreditadas las circunstancias en que habría ocurrido el accidente denunciado por el asegurado, surgiendo una serie de inconsistencias y situaciones no aclaradas, indicando que en caso que se tuvieran por acreditadas las circunstancias declaradas por el asegurado en su denuncia de siniestro y declaraciones posteriores, la conducta observada por éste no se encuadraría en los términos de la definición de accidente establecida en la póliza.

TRIGESIMO SEPTIMO: Que de lo anterior, es posible concluir que el demandante no solo acreditó la existencia del siniestro, y que éste corresponde a uno de los riesgos cubiertos por la póliza, sino que también puso a disposición del liquidador los antecedentes con los que contaba relacionados con las circunstancias en que ocurrió la amputación de su pie, siendo el cuestionamiento sustentado en el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 557 N°7 del Código de Comercio, más bien un cuestionamiento del mérito de la información recabada por el liquidador, hecho por él mismo, mediante suposiciones que no lograron ser acreditadas en el proceso de liquidación del siniestro, siendo en consecuencia que el informe, más que establecer las circunstancias en que se produjo el siniestro, se transforma más bien en un juzgador de las declaraciones efectuadas por el asegurado, perdiendo en ese instante la imparcialidad que debe sostener su actuar.

TRIGESIMO OCTAVO: Que a mayor abundamiento, las inconsistencias que denuncia el liquidador en su informe, más bien



cuestionan la veracidad de la información proporcionada por el actor, y más allá de un razonamiento crítico respecto de dicha información, no se encuentran sustentadas en hecho concreto que permita establecer que dicha información no es fidedigna a como ocurrieron los hechos, sino solo por dos circunstancias, a saber, el informe del experto en prevención de riesgos, que tampoco descarta en forma absoluta que la amputación hubiera podido ser en el pie izquierdo del demandante, y la declaración del maestro que le realizaba trabajos, quien solo manifestó que le resultaba extraño que no se le hubiera consultado respecto de la máquina a arrendar, y en cuanto a la situación patrimonial y tributaria del asegurado, este tribunal arbitral no vislumbra de qué modo pudiera afectar el cumplimiento del artículo referido.

TRIGESIMO NOVENO: Que por otra parte, la única prueba rendida en este aspecto por el demandado, se encuentra referida al informe pericial del experto en prevención de riesgos don Pedro Gac Vera, quien llamado a informar respecto de los riesgos y medidas de seguridad que se deben adoptar al manipular la herramienta indicada en la demanda, establece una serie de riesgos más frecuentes, y un catálogo respecto de las medidas de seguridad que debiesen adoptarse. Sin embargo, en su introducción, reconoce que la utilización de los esmeriles portátiles o esmeriles angulares, es cada vez más frecuente en aquellas operaciones en que sea necesario el corte, la remoción de material metálico o una limpieza mecánica de la superficie de este material. Agrega que, sin embargo, dada la simplicidad que aparenta su uso, los operadores de estos equipos normalmente aprenden por el método de la observación.

CUADRAGESIMO: Que de esta forma, y sin perjuicio de ser el informe emitido, más bien un informe respecto de las medidas de seguridad que un trabajador debe adoptar, lo cierto es que, el mismo informe reconoce que se trata de una utilización cada vez más frecuente y que

aparenta simplicidad, por lo que en una persona que no realiza habitualmente dicha actividad, no puede entenderse como una actividad riesgosa en los términos establecidos en la letra d) del artículo 3°.

CUADRAGESIMO PRIMERO: Que por otra parte, el rechazo del pago del siniestro no se encuentra amparado en dicha causal de exclusión.

CUADRAGESIMO SEGUNDO: Que el informe de liquidación N°00015-2006 referido a la póliza 749.551-8 también tiene como recomendación de no pago, la misma que se viene tratando, referida a la no acreditación de las circunstancias que hacen responsable al asegurador de indemnizar, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 556 N°7 del Código de Comercio, y artículo 9 de las Condiciones generales de la póliza de seguro, y que descansa sobre los mismos hechos ya reseñados, por lo que este tribunal arbitral tendrá por reproducido lo expresado en los razonamientos trigésimo tercero a cuadragésimo primero precedentes, con la sola precisión, que en el caso de ésta póliza, el artículo 9 de las Condiciones Generales, se refiere al reajuste del capital asegurado y la prima.

CUADRAGESIMO TERCERO: Que en lo referido a la última causal de rechazo, respecto de la póliza N°661.216-8 se hace consistir en la reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de una póliza anterior con Cardiff Seguros de Vida S.A. y otra con Cigna Compañía de Seguros de Vida S.A., información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 4° Declaraciones del asegurado e Indisputabilidad, de las Condiciones Generales de la Póliza de vida sin Valores Garantizados (código POL 2 92 090) de la cual la Cláusula de Beneficio por Accidental aplicable a esta





liquidación (Código CAD 2 92 139) es accesoria o complementaria faculta a la compañía para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, en ambos casos retener la prima pagada; y respecto de la póliza N°749.551-8, se hace consistir en la reticencia, inexactitud o falsa declaración incurrida por el asegurado al no informar, omitiendo declarar a la fecha de contratación del seguro, la contratación de 9 pólizas de seguros, ya sea de vida o accidentes personales, información que, de haber sido conocida por el asegurador pudiera haberlo retraído de contratar, o bien de haber contratado, haberlo hecho sobre la base de modificar sustancialmente las condiciones. Lo anterior, en conformidad al artículo 7° Declaración del asegurado de las Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales (código POL 3 03 035) faculta a la compañía para poner rechazar el pago de la indemnización reclamada

CUADRAGESIMO CUARTO: Que de lo anterior, se puede desprender que la causal de rechazo se encuentra referida a la omisión por parte del asegurado de informar la existencia de otros seguros en diversas compañías, omisión que generaría un incumplimiento contractual, conforme a lo expresado en la cláusula 4 de Condiciones Generales de la Póliza de vida sin Valores Garantizados, en el caso de la póliza 661.216-8, y artículo 7° Condiciones Generales de la Póliza de Accidentes Personales (código POL 3 03 035) respecto de la póliza 749.551-8. Respecto de la primera, el artículo 4° dispone que la veracidad de las declaraciones hechas en la propuesta o solicitud de seguro, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes de dicho contrato de seguro. Agrega, que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgoso del asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido

retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada, y en ambos casos retener el valor de la prima pagado; salvo que se hubiere incurrido en ellas sin mala fe, y hubieren transcurrido dos años desde el inicio de la vigencia de la póliza, su rehabilitación, o desde que se produjere el aumento del capital asegurado.

CUADRAGESIMO QUINTO: Que la referida póliza N°661.216-8 comenzó su vigencia el 10 de septiembre de 2001, verificándose en consecuencia la denominada “indisputabilidad”, con fecha 11 de septiembre de 2003, resultando que en este caso, el siniestro fue denunciado a la compañía cuando ya había transcurrido en exceso el plazo de dos años referido en el razonamiento anterior, no habiéndose acreditado mala fe por parte del asegurado en la omisión de mencionar todas las compañías con las que tenía contratados seguros, razón suficiente para desestimar el argumento de la demandada y del liquidador de seguro para rechazar el pago por esta causal, resultando en consecuencia innecesario establecer los contratos efectivamente informados, los omitidos, y los fundamentos de dichas omisiones.

CUADRAGESIMO SEXTO: Que respecto de la póliza 749.551-8, el referido artículo 7, determina que la veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la Solicitud de Seguro y en la Declaración del Asegurable, constituye condición de validez de dicho contrato de seguro, agrega que cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa a la fecha de nacimiento, estado de salud, ocupación, actividades y deportes riesgosos del asegurado, que puedan influir en la apreciación del riesgo o de cualquier otra circunstancia que conocida por la compañía pudiere retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación



sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para negar la indemnización.....



CUADRAGESIMO SEPTIMO: Que en este contexto, y revisadas tanto la Propuesta de Seguro de Vida, como la Declaración del Asegurable Seguro Accidentes Personales, acompañados por el demandado, en ninguno de ellos se establece o pregunta al asegurable respecto de la declaración de existencia de otros seguros vigentes a la época de la propuesta o del seguro, existiendo solo una referencia a otros seguros en la Declaración indicada, con el número 11), que específicamente pregunta ¿Tiene o ha tenido alguna solicitud de seguro de accidente en trámite o que haya sido rechazada?.

CUADRAGESIMO OCTAVO: Que el liquidador en su informe, que es recogido por la demandada, expresamente menciona como causal de rechazo la contratación anterior de 9 pólizas de seguro, cuestión que no fue materia de requerimiento por parte de la compañía al asegurado, en tanto, como quedó de manifiesto, la obligación del demandante era declarar respecto de aquellas solicitudes de seguro de accidente en trámite o que hayan sido rechazados, pero no respecto de otros contratos vigentes en dicha materia, razón suficiente que llevará a desestimar también la causal esgrimida por la demandada, pudiendo advertirse en este aspecto, que si en el contrato en cuestión se hubiese elevado a esencial dicha información o hubiese sido considerada de la misma forma por la aseguradora, y teniendo en consideración que tanto la Propuesta como la Declaración del Asegurable se realizan de acuerdo a documentos elaborados por la misma Compañía de Seguros, era obligación de ella establecer dentro del cuestionario respectivo dicho requerimiento de información, tal como lo hizo en el Cuestionario y examen médico referido a la póliza N°661216-8.

CUADRAGESIMO NOVENO: Que en relación al daño moral demandado en estos autos se ha planteado sobre la posibilidad de que el

incumplimiento de una obligación de origen contractual o legal cause daños morales al acreedor que no ha visto satisfecha la prestación derivada de su derecho personal o de crédito, para las cuales demandante y demandado han expuestos sus argumentos.



QUINCAGESIMO: Que al respecto, este sentenciador no puede sino dejar constancia que se ha debatido largamente sobre la posibilidad de que si en la responsabilidad contractual la indemnización puede comprender, junto al daño emergente y al lucro cesante, también la reparación del daño extrapatrimonial o inmaterial. Para cierta parte de la doctrina nacional se ha afirmado que en materia contractual no procede indemnizar el daño moral. Quienes la sustentan entienden que no cabe considerar dichos daños en el ámbito del contrato, dada la naturaleza de la prestación que es objeto del vínculo obligacional. El artículo 1556 del Código Civil fija el contenido y los límites del resarcimiento por inejecución del contrato, al disponer que “la indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y al lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento”, agregando el precepto que se exceptúan “los casos en que la ley la limita expresamente al daño emergente”. Conforme a esta norma, la indemnización comprende pérdida real y efectiva que experimenta el patrimonio del acreedor, y también el beneficio líquido en que se habría incrementado dicho patrimonio de no mediar el incumplimiento de la obligación. Queda así, excluido el daño extrapatrimonial o meramente moral, de los rubros que son indemnizables en materia contractual.

QUINCAGESIMO PRIMERO: Que frente a ello, están lo que afirman que en el concepto de responsabilidad contractual se comprende no solamente la indemnización, sino también al de los daños extrapatrimoniales o morales experimentados por el acreedor. Para así



sostenerlo estiman que la ley no ha prohibido que la indemnización del daño moral pueda invocarse fuera del ámbito de los delitos y cuasidelitos. Se afirma, que “el marco constitucional favorece toda interpretación amplificada de la tutela personal al consagrar, como primera garantía, en el artículo 19, el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, y el respeto y protección de la vida privada y pública y a la honra de la persona y su familia”, igualmente, que el artículo 1556 del Código Civil “contiene una regulación de los perjuicios de orden material”, y que “en cuanto a los daños que carecen de un substrato económico, existe una laguna legal que debe ser integrada por los tribunales” recurriendo a la analogía y los principios generales del derecho o equidad, asimismo, que el tenor amplio del artículo 1558 del Código Civil permite comprender dentro de los perjuicios previsibles a los morales, como también el artículo 1546, en cuanto establece el principio de la buena fe en la ejecución de los contratos, dado que “en una inmensa variedad contratos, la reparación de los perjuicios extrapatrimoniales es una cosa que emana precisamente de la naturaleza de la obligación” como ocurre en el contrato de transporte. Por estos fundamentos se dice que, aunque “puede suponer forzar el texto de algunas disposiciones”, por encima del tenor literal de unos textos que fueron dictados hace más de un siglo, debe primar el imperativo de dar una respuesta equitativa al conflicto planteado, pues, si no convertiríamos al juez en un mero repetidor de textos, cuando por el contrario, éste tiene la función de adaptar la ley antigua a las necesidades de la época en que se aplica”

QUINCAGESIMO SEGUNDO: Que no obstante lo expuesto en los párrafos anteriores, para este juez, los daños morales o inmateriales son procedentes en materia de incumplimiento contractual con el matiz que se ha dado con lo que es conocido como “Doctrina Intermedia”, al dar por establecido que el contrato es un instrumento destinado a la creación,

circulación de bienes y servicios, y por lo tanto, su infracción solo puede afectar los intereses patrimoniales de la respectiva negociación. Las consecuencias que con ocasión de la contravención pueda experimentar al acreedor, en esferas distintas de la patrimonial no son indemnizables porque exceden el ámbito de los intereses cautelados por el contrato y de los riesgos asumidos por el deudor al contratar. Lo anterior es sin perjuicio que, por excepción, hay ciertos contratos cuyo incumplimiento o cumplimiento imperfecto puede acarrear daños morales al acreedor. Esto ocurre en aquellos que imponen la obligación de seguridad personal a uno de los contratantes, como en el contrato de transporte de personas que obliga a llevar al pasajero sano y salvo a su destino. También en los que originan obligaciones que por incidir directamente en intereses inmateriales del acreedor, el incumplimiento culpable del deudor puede traducirse en la pérdida o menoscabo de derechos subjetivos extrapatrimoniales, v. gr. en los contratos de servicios médicos. Igualmente, el daño moral en materia contractual es indemnizable en los casos en que la ley lo establece así expresamente, como por ejemplo, en las situaciones reguladas por el artículo 69 de la Ley N° 16.744, sobre Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y en el artículo 3°, letra e, de la Ley N° 19.496, que dicta normas para proteger los derechos de los consumidores”.

QUINCAGESIMO TERCERO: Que así las cosas, la pregunta que corresponde es determinar si el contrato de seguro y el eventual incumplimiento por parte de la Compañía de no pagar, da lugar a una indemnización de perjuicios morales. Para esto, corresponde entender que este tipo de contrato trata de relaciones jurídicas de contenido meramente patrimonial o económico, no se puede entender que la frustración de las expectativas meramente económicas o lucrativas que lo llevó a contratar constituyera un atentado contra sus derechos subjetivos extrapatrimoniales,

que son del todo ajenos al objeto de la obligación; máxime si justamente existe la instancia arbitral para solucionar las controversias que versan sobre el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones.



QUINCAGESIMO CUARTO: Que en los contratos de seguro, la persona que contrae una obligación debe conocer, al momento de contratar o de obligarse, los riesgos que lleva aparejado el incumplimiento, teniendo para ello en vista el objeto de la obligación. Si esta es de carácter patrimonial o económico, no le es exigible a la aseguradora considerar las repercusiones en que en plano subjetivo pueda experimentar el asegurado y beneficiario (que en este caso sub lite son los mismos), puesto que ellas son del todo ajenas a los deberes que le impone el contrato y que tuvo en vista al prestar su consentimiento.

QUINCAGESIMO QUINTO: Que el incumplimiento da al acreedor el derecho a demandar el daño patrimonial sufrido y el de hacer efectivas las cauciones estipuladas, con lo que se satisface plenamente la finalidad del contrato. Agregar, pues, a éste la obligación de resarcir otros perjuicios no pecuniarios o inmateriales ajenos al objeto del acto cuya transgresión normalmente envuelve sinsabores, desagradados o pesares, llevaría a concluir que en todo contrato estaría implícita una cláusula tácita de resarcimiento de tales sinsabores, molestias o pesares a título de daño moral, lo que parece a todas luces inadmisibles.

QUINCAGESIMO SEXTO: Que en apoyo de esta conclusión, se debe tener en cuenta que las aseguradoras están facultadas para liquidar el siniestro, sea directamente o por liquidadores registrados en la Superintendencia por el artículo 61 del D.F.L N° 251, que en su inciso segundo dispone que “La liquidación del siniestro tiene por fin básicamente determinar la ocurrencia del siniestro, si el riesgo esté bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar; todo ello de conformidad con el procedimiento que establezca el Reglamento”.

Por lo que habiendo las partes contratado libremente el seguro se desprende que no procede reparar los daños morales alegados, por ser una facultad intrínseca del contrato de seguro que las compañías aseguradoras proceden a liquidar éste y determinar si procede o no su indemnización.



QUINCAGESIMO SEPTIMO: Que los demás antecedentes, y en especial la extensa documental y testimonial que ha rendido la demandada, no alteran las conclusiones que se han arribado, sino más bien las reafirman.

QUINCAGESIMO OCTAVO: Que en consecuencia, para los efectos de determinar los montos a indemnizar, es útil precisar que respecto de la póliza N°661.216 que el capital asegurado por beneficio por accidente es de UF 3.000, siendo conforme al artículo 1° de la Cláusula adicional beneficio por accidente, que la pérdida total de una pierna o un pie, corresponde ser indemnizado con el 50% del capital asegurado, esto es, 1.500 Unidades de Fomento. Asimismo, respecto de la póliza N°749.551-8 el capital asegurado por desmembramiento corresponde a 10.000 Unidades de Fomento, siendo conforme a la Póliza de accidentes personales en la cláusula relativa a la descripción de las coberturas, alternativa C. Desmembramiento, que corresponde indemnizar el 50% del monto asegurado en caso de pérdida total de uno de los miembros superiores, o uno de los miembros inferiores, o de una mano, o de un pie....., correspondiendo en consecuencia por dicha póliza, indemnizar la cantidad de 5.000 Unidades de Fomento.

QUINCAGESIMO NOVENO: Que las cantidades indicadas en el razonamiento anterior, deberán ser pagadas en su equivalente en pesos a la fecha del pago efectivo, con más intereses corrientes para operaciones reajustables a contar de la fecha de notificación de la demanda.

Por estas consideraciones, y visto además lo que disponen los artículos 1437 y 1698 del Código Civil; 144, 160, 170, 341 y siguientes, 628 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 222 y siguientes del Código Orgánico de Tribunales, y 512 y siguientes del Código de Comercio, se decide:



a.- Que se rechaza la excepción de prescripción opuesta por el demandado.

b.- Que se acoge la demanda deducida en lo principal de fojas 52, solo en cuanto se ordena a la demandada pagar al actor la cantidad de 6.500 Unidades de Fomento, en la forma y con los intereses indicados en el razonamiento quincuagésimo noveno.

c.- Que se desestima la demanda de indemnización por daño moral.

d.- Que cada parte pagará sus costas, y las comunes por mitades.

Pronunciada por don FELIX ESQUIROL AVILA, JUEZ ARBITRO

Autorizada por don LUIS PARRA ARAVENA, ACTUARIO