

Temuco, ocho de junio de dos mil veinte. -

Vistos. -

A fojas 21 y siguientes, don **VÍCTOR SAGREDO SAGREDO**, abogado, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat 696 oficina 313, en representación de doña **CAMILA ANDREA ALIQUINTUI FLORES**, educadora de párvulos, cédula de identidad número 17.366.350-1, domiciliada en Erasmo Escala N°865 de la ciudad y comuna de Lautaro, deduce querella infraccional y demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, persona jurídica del giro de su nombre, RUT 76.034.737-k, representada por su Gerente General **CARLOS JARAMILLO**, o por su Jefe de Sucursal, según el artículo 50 letra C y D de la Ley 19.496, ambos domiciliados en Temuco, calle Arturo Prat N°800.

A fojas 50 corre declaración de incompetencia del Segundo Juzgado de Policía Local de Temuco.

A fojas 55 corre resolución ordenando la notificación de la querella y demanda civil a don Carlos Alberto Jaramillo Stringe o Patricio José Chaparro Miranda, o a quien haga las veces de representante legal **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, conforme al artículo 50 D de la Ley 19.496.-

A fojas 64 y siguiente, **GIAN CARLO LORENZINI ROJAS**, abogado, cédula de identidad número 13.611.827-7, en representación, de **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, asume patrocinio y poder en la causa, fijando domicilio en Temuco, calle Antonio Varas 979 oficina 901, y delega poder en **CRISTIÁN SOTO OLAVARRÍA** y **ALBERT SÁNCHEZ CARRASCO**.

A fojas 67 corre presentación por la que la parte querellada y demandada civil, opone como dilatoria la excepción de incompetencia absoluta del Tribunal, que se tiene como pare integrante del comparendo de estilo.

A fojas 71 se lleva a efecto audiencia de comparendo de contestación conciliación y prueba, con la asistencia de la parte querellante y demandante civil, representada por don **VÍCTOR SAGREDO SAGREDO** y don **JAVIER CARRASCO HENRÍQUEZ**, y de la parte querellada y demandada civil, representada por don **CRISTIÁN SOTO OLAVARRÍA**. En la audiencia, previo a contestar, la querellada y demandada opone excepción de incompetencia absoluta del Tribunal, confiriéndose traslado y suspendiéndose la audiencia y el procedimiento.

A fojas 72 y siguientes la parte querellante y demandante civil evaca el traslado conferido.

A fojas 79 y siguientes, el Tribunal rechaza la excepción de incompetencia absoluta opuesta por la parte querellada y demandada civil, ordenando seguir adelante con el procedimiento.

A fojas 246 corre presentación por la que se contesta derechamente la querella y demanda por don CRITIAN SOTO OLAVARRÍA, en representación de ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., que se tiene como parte integrante del comparendo.

A fojas 255 y siguiente se lleva a efecto continuación de audiencia de comparendo de contestación conciliación y prueba, con la asistencia de la parte querellante y demandante civil, representada por don **JAVIER CARRASCO HENRÍQUEZ**, y la asistencia de la parte querellada y demandada civil, representada por don **CRISTIÁN SOTO OLAVARRÍA**, confiriendo el Tribunal traslado a la querellante y demandante respecto de la excepción de prescripción

opuesta en la contestación. Efectuado el llamado a conciliación, este no se produce.

A fojas 257 la parte querellada y demandada civil objeta documentos, confiriendo el Tribunal traslado a la contraria, el que es evacuado en audiencia, quedando su resolución para la definitiva.

A fojas 262 la parte querellante y demandante civil evaca traslado conferido a fojas 255, en virtud de la excepción de prescripción opuesta por la querellada y demandada civil.

A fojas 267 corre resolución por la que se tiene por evacuado el traslado y se deja su resolución para definitiva.

A fojas 268 la parte querellante y demandante civil efectúa observaciones a la prueba.

A fojas 276, corre certificación del Sr. Secretario del Tribunal, de no existir diligencias pendientes ni términos en curso, quedando pendiente para resolver en la sentencia definitiva la excepción de prescripción planteada a fojas 247, y la objeción documental planteada a fojas 257.

A fojas 277, atendido al mérito de la certificación precedente, se dispuso pasar los autos para fallo.

EN CUANTO A LA OBJECIÓN DOCUMENTAL. -

1.- Que a fojas 257 la parte querellada y demandada civil, objeta el documento acompañados en el número 20, denominado "Informe Psicológico elaborado por la Psicóloga Carmen Ponce, de fecha 04 de marzo de 2020, en base a lo dispuesto el artículo 346 nº 3 del Código de Procedimiento Civil, por falsedad, toda vez que la profesional no compareció en autos ratificando dicho informe, y en subsidio lo impugna por el N°1 del mismo artículo debiendo en cualquiera de los casos, tener por no reconocido el documento atendido que no se reconoce por la persona que lo otorga.

La parte querellante y demandante, evacuando el traslado conferido, solicita el rechazo de la objeción documental planteada por la querellada y demandada civil por improcedente, toda vez que la prueba rendida debe ser valorada de acuerdo a las reglas de la sana crítica, no obligando la norma, al profesional otorgante del instrumento, a comparecer a ratificarlo. Por lo que, en virtud de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 18.287 y demás pertinentes, solicita el rechazo de la objeción documental con costas.

2.- Que considerando la naturaleza del documento objetado y su fundamentación, naturalmente que la incidencia deberá ser desechada, toda vez que se encuentran fundadas en lo dispuesto en el artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, norma que además de ser impertinente porque corresponde aplicarla respecto de la documental que emana de la contraria y no de terceros, la noción de reconocimiento de instrumento privado que entraña es propia del sistema de valoración probatoria de la prueba legal o tasada. De esta manera, no tiene cabida en este proceso, por cuanto acorde con lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 18.287, sobre procedimientos ante los Juzgados de Policía Local el Juez efectuará la apreciación de los antecedentes de la causa, de acuerdo con las reglas de la sana crítica, lo que supone un análisis lógico, fundado en los antecedentes del proceso no sujeto a reglas predeterminadas de valoración probatoria como la que se hace valer por el incidentista.

EN CUANTO A LO INFRACCIONAL.-

3.- Que se ha iniciado causa **Rol 262.416-VC**, en virtud de la querella infraccional deducida por don **VÍCTOR SAGREDO SAGREDO**, abogado, en representación de doña **CAMILA ANDREA ALIQUINTUI FLORES**, en contra del proveedor **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, todos ya individualizados, en virtud de los siguientes hechos y antecedentes de derecho: Que con **fecha 11 de abril de 2018**, su representada suscribe un contrato de seguro internacional, denominado Europa Viajes Itaú, póliza matriz N° 000647-000 con la querellada, por intermedio de **SEGUROS FALABELLA CORREDORES LTDA.**, el que ofrecía asistencia internacional 24 horas a través de su operador **SUR ASISTENCIA S.A.**, asistencia médica por enfermedad hasta 30.000 euros, medicamentos ambulatorios hasta por U\$500, medicamentos hospitalización hasta por U\$1200 y transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad; el seguro fue adquirido en atención a que realizaría un viaje por Europa desde el día 23 de abril hasta el 23 de julio de 2018., que comenzaba en Santiago, destino Madrid, España, para posteriormente hacer un recorrido por Italia, paseando por las ciudades de Roma , Nápoles, Florencia y milán. Que el 14 de mayo toma un tren desde Milán a Zurich, Suiza, viaje durante el cual comienza a sentir malestar general, fatiga y cansancio, además de una erupción en la frente que expedía pus, asociando los síntomas hasta ese momento al largo viaje. Es así que el día 15 de mayo de 2018, en dicho estado de salud toma un tren desde Zúrich a Interlaken West, mismo Suiza, en que los problemas van aumentando. Frente a estos problemas de salud se comunicó por correo electrónico con asistencia@surasistencia.cl, para avisar que requería el uso de seguro médico, indicándole el operador que debía esperar a la mañana siguiente para que le señalaran a qué centro médico asistir, o bien que asistiera por sus medios y luego le reembolsarían en base a su cobertura; por lo que concurrió durante la mañana del día 16 de mayo, al hospital de Interlaken West, donde le detectaron dos cuadros, a saber: una infección de pieza dental y una infección por picadura de chinches o cimicosis, recetándole diversos medicamentos. Sin embargo, la evolución de la enfermedad le impidió continuar el viaje, debiendo permanecer en Interlaken West concurriendo nuevamente al hospital por sus dolencias, las que eran parte de la evolución del cuadro, por lo que encontrándose gravemente enferma, con poco dinero para sustentar las atenciones médicas y estadía, solicitó retornar a Chile, requiriéndole para ello Sur Asistencia, un informe médico que indicara su inhabilidad para continuar el viaje. El día 19 de mayo, dice que, al no presentar mejoría, concurrió a una farmacia, donde el médico de turno indica que presenta cuadro de choque anafiláctico, recomendando viajar de urgencia a la ciudad de Berna al InselSpital Universitario, lugar donde fue diagnosticada con varicela con sobreinfección tipo 1 y choque anafiláctico, intentando el hospital contactar a Sur Asistencia para canalizar la hospitalización, lo que no fue posible, debiendo retirarse por no poder costear el tratamiento. Se relata que el operador Sur Asistencia no contactó a su representada entre los días 19 a 22 de mayo. El día 23 de mayo doña Camila Andrea Aliquintui Flores viaja de Berna a Milán, Italia, a fin de poder retornar a Chile, solicitando nuevamente se gestione un pasaje de regreso, a lo que Sur Asistencia se negó por no ser la enfermedad lo suficientemente grave, debiendo costear su pasaje de retorno, lo que ocurrió el día 25 de mayo de 2018, llegando a Santiago el día 26 de mayo de 2018, no recibiendo ningún otro llamado de Sur Asistencia. Hace presente que además de los gastos médicos y de retorno anticipado, esto último implicó el cobro de diversas reservas de hoteles y congresos a los que no pudo asistir, ascendiendo el total de los gastos en los que incurrió su representada a la suma de \$3.908.036 por los siguientes conceptos:

1.157 CHF-\$737.795, 88 CLP por atención médica en Interlaken
89 CHF- \$56.753 CLP por medicamentos recetados en Interlaken
500CHF (por confirmar) por atención médica en Berna
139CHF \$88.637CLP medicamentos recetados en Berna
255CHF- \$162.608 CLP Hotel La Paix
430,25 CHF-\$274.631 CLP Hotel Ibis Bern Style
127CHF - \$80.925 CLP Hotel National Bern
93,42USD- \$59.572 CLP Tren Berna Milán
250L- \$189.000CLP Hotel Mondial
572L-\$421.861 CLP Pasaje retorno Chile
52.000 CLP Pasaje Santiago Temuco.
39.122 CLP Reserva Zurich 17-18 mayo 2018
37.890 CLP Reserva Lucerna 18-19 mayo 2018
44.263 CLP Reserva Múnich 20-22 mayo 2018
44.263 CLP Reserva Frankfurt 22-24 mayo 2018
54.162 CLP Reserva Bruselas 25-28 mayo 2018
37.177CLP Reserva Brujas 28-29 mayo 2018
30.981 CLP Reserva La Haya 30-31 mayo 2018
150.866 CLP Reserva Paris 17-27 julio
1.932 CHF -1.317.830 CLP Atención médica Berna
475 USD por congreso de aprendizaje "Common Ground" 18-21 de junio Atenas
75 USD por publicación libro "Desafíos Intelectuales S XXI" por no poder asistir.
275 USD congreso "Pedagogía nuevos perfiles" 18-20 julio Paris.

Se indica, finalmente, que los referidos montos debieron ser asumidos por su representada con recursos propios, causando grave desesperación, no sólo por su salud sino también por la nula cobertura que la querellada estaba obligada a prestar de manera oportuna, devolviendo la querellada y demandada civil, con fecha 2 de junio, 14 y 21 de julio de 2018, la suma de \$2.116.504, adeudando \$1.791.532 pesos. Que los hechos narrados precedentemente constituirían una infracción a los artículos 3 letra e), artículo 12, 23 y 41 de la Ley 19.496, motivo por el cual solicita se condene a la querellada al máximo de las sanciones establecidas en la Ley.

4.- Que a fojas 246 y siguientes, don CRISTIÁN SOTO OLAVARRÍA, abogado, en representación de ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGURO DE VIDA S.A., en adelante ITAÚ, contesta la querella infraccional deducida en contra de su representada, negando todos los hechos que dan lugar al supuesto infraccional, así como los hechos que fundan la acción deducida, debiendo la querellante acreditar todos y cada uno de ellos. Que, sin perjuicio de lo anterior, en los hechos, denunciado el siniestro, se dio atención inmediata, por lo que llama la atención el relato efectuado por la querellante, toda vez que tratándose de la póliza de asistencia en viaje, su representada ha cumplido con todas y cada una de sus obligaciones. Se indica por la defensa que la cliente contrató el seguro VIETUS, Itaú Plan Europa, póliza 000647-000, certificado 1682, cuyas condiciones generales, alcances, coberturas, exclusiones y demás información exigida, se encuentra plasmada en la solicitud de incorporación de fecha 11 de abril de 2018 ,efectuada en la sucursal Temuco, por intermedio de Seguros Falabella Corredores Ltda., extendiéndose su viaje entre el 23 de abril de 2018 y el 23 de julio de 2018; con fecha 19 de mayo de 2018,la hermana de la asegurada contacta el call center y se informa el teléfono de asistencia. Que efectuado un análisis de los antecedentes, todos los gastos médicos presentados por la asegurada, fueron debidamente cubiertos y reembolsados en los

documentos 24243, 24351, y 24505, según consta en el siguiente cuadro de detalles:

Fecha de presentación	Tipo documento	Moneda	Monto	Observación
14-06-2018	Carta explicativa enfermedad origino gasto	-	-	
14-06-2018	Bording Pass de vuelo retorno	-	-	Sin evaluación, no presentó documento
14-06-2018	Ticket Tren Berna Milán	CHF	90	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Ticket bus Milán	EUR	8	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Estadía hotel Mondial Milán	EUR	251	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Estadía hotel Nacional Berna	CHF	127,3	Sin evaluación
14-06-2018	Autorización Ingreso (Esta)	USD	14	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Estadía hotel Ibis	CHF	171,7	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Estadía hotel Ibis	CHF	131,25	Aprobado reembolso N° 24351
14-06-2018	Medicamentos 22.05.2018	CHF	29,7	Aprobado reembolso N°24243
14-06-2018	Atención Urgencia 17.05.2018	CHF	250	Aprobado reembolso N°24505
14-06-2018	Atención Urgencia 16.05.2018	CHF	657,15	Aprobado reembolso N°24505
14-06-2018	Receta médica	-	-	
14-06-2018	Certificado médico	-	-	
14-06-2018	Atención Urgencia 17.05.2018	CHF	250	Aprobado reembolso N°24505
14-06-2018	Estadía hotel Paix	CHF	225	Rechazado en reembolso N° 24351
14-06-2018	Medicamentos 23.05.2018	CHF	10,2	Aprobado reembolso N° 24351 y N°24505
14-06-2018	Medicamentos 19.052018	CHF	84,55	Aprobado reembolso N°24505
14-06-2018	Medicamentos 19.05.2018	CHF	120,05	Aprobado reembolso N°24505
07-09-2018	Atención Urgencia 19.05.2018	CHF	1.255,95	Aprobado reembolso N°24505
07-09-2018	Atención Urgencia 19.05.2018	CHF	164,8	Aprobado reembolso N°24505
07-09-2018	Atención Urgencia 22.05.2018	CHF	511,95	Aprobado reembolso N°24505

Se continúa relatando que los gastos rechazados, son los gastos por estadía y traslados, los cuales no fueron considerados dentro de la cobertura, ya que estos no fueron autorizados por el equipo médico. Destaca que la póliza dentro de sus exclusiones contempla "*los servicios que el beneficiario de la asistencia haya concertado por su cuenta, sin previo consentimiento de la compañía salvo que la comunicación haya sido imposible por razones de fuerza mayor*" agregando el punto 4 de la cláusula tercera, las condiciones para una repatriación sanitaria,

las que establecen "*el operador de asistencia proveerá del servicio de transporte para el traslado del beneficiario de la asistencia al centro hospitalario más cercano e idóneo o hasta su domicilio ya sea en ambulancia o en el medio que el profesional a cargo estime más adecuado según las circunstancias del caso, asumiendo además los costos involucrados en el servicio de traslado y transporte...*" definiendo más adelante respecto de la entrega de boletos de pasajes "*el beneficiario de la asistencia deberá entregar a su operador de asistencia todos los boletos de transporte que posea en aquellos casos en que su operador de asistencia se hará cargo de cualquier diferencia sobre el o los boletos de pasajes originales, o cuando su operador de asistencia previera la repatriación del beneficiario de la asistencia en caso de accidente grave o defunción. En todos los casos su operador de asistencia responderá solamente por la diferencia de tarifa que pudiere existir en caso de que ello corresponde,*" estableciendo el punto 22, cláusula tercera, que los gastos de hotel se reembolsarán siempre que exista autorización previa, y sólo cuando "*el médico tratante prescribe reposo forzoso luego de una hospitalización, de a lo menos 5 días*". Que atento a lo anterior, se concluye que su representada cumplió con todas sus obligaciones, recibiendo la denuncia, procesó los gastos y posteriormente puso a disposición de la asegurada el pago, dentro del marco que rige la contratación de seguros, su liquidación y las directrices de la Comisión para el Mercado Financiero, actuando conforme a derecho y de acuerdo a la información entregada a la denunciante, por lo que no existe responsabilidad alguna por parte de ITAÚ Seguros, debiendo en consecuencia rechazar en todas sus partes la denuncia de autos, por carecer de fundamentos y en subsidio de lo anterior, aplicar el mínimo de la multa indicada por la Ley.

5.- Que la parte querellante y demandante civil rinde la siguiente prueba documental: **1)** A fojas 1 a 14, copia póliza matriz N°00647-000 de fecha 11 de abril de 2018; **2)** A fojas 15, copia simple de pago de prima seguros Falabella de fecha 11 de abril del 2018; **3)** A fojas 16 a 18 copia de declaración de siniestro póliza 3076644; **4)** A fojas 84 y siguientes, set de 4 fotografías de publicación extraída desde la red social Facebook.com, de fecha 18 de diciembre de 2018; **5)** A fojas 88, fotografía de publicación extraída desde plataforma red social Facebook.com, de fecha 18 de diciembre de 2018, en la que se demuestra la respuesta de "Seguros Falabella Chile" en uno de los comentarios; **6)** A fojas 89 y 90, set de 5 fotografías que demuestran el daño físico sufrido por la actora; **7)** A fojas 91, copia simple de ticket de retorno a Chile, en American Airlines; **8)** A fojas 93 a 98, copia simple de boletas de gastos médicos en INSELSPITAL, de fecha 04-06-2018, 18-06-2018 y 22-05-2018, compuesto de tres archivos; **9)** A fojas 99 a 107, copia simple de atención y diagnóstico del Hospital Universitare de Bern, Suiza, de fecha 19-05-2018; **10)** A fojas 108 y siguientes, copia simple del Programa y pago, del XXV Congreso Internacional de Aprendizaje a realizarse en Grecia; **11)** A fojas 111 a 117, correo electrónico de fecha 15 de mayo de 2018, donde la actora mantuvo conversaciones solicitando hacer efectivo el seguro contratado frente a una emergencia médica; **12)** A fojas 118 a 124, correos electrónicos de fecha 16 y 17 de mayo de 2018, donde la actora mantuvo conversaciones sobre cobertura del seguro contratado y se adjuntan fotografías solicitadas; **13)** A fojas 125 a 128, correo electrónico de fecha 16 de mayo de 2018, donde la actora mantuvo conversaciones respecto de los datos solicitados para la activación del seguro contratado; **14)** A fojas 129 a 134, correo electrónico de fecha 17 de mayo de 2018, donde la actora mantuvo conversaciones respecto a la cobertura del seguro, y coordinación de las mismas; **15)** A fojas 135 a 158, correos electrónicos de fecha 22, 23 y 29

de mayo, 1 y 5 de junio de 2018, donde la actora mantuvo conversaciones de la cobertura y forma de hacer efectiva las atenciones, además de enviar documentación solicitada, y las respuestas del operador del Seguro contratado; **16)** A fojas 159 a 161, correos electrónicos de fecha 2 y 21 de junio y 14 de julio, informando reembolso de Itaú seguros de vida, respecto de los gastos de asistencia de personas (médico/dental/viaje/equipaje); **17)** A fojas 162 a 164, correo electrónico de fecha 29 de agosto de 2018, en el cual Seguros Falabella informa a la actora las respuestas al requerimiento 10182845, ingresado con fecha 02-08-2018; **18)** A fojas 165 y siguiente, correo electrónico de fecha 15 de noviembre de 2018, en el cual Seguros Falabella informa a la actora las respuestas al requerimiento 10288167, ingresado con fecha 30-10-2018; **19)** A fojas 168 y 169, correo electrónico de fecha 26 de diciembre de 2018, en el cual Seguros Falabella informa a la actora la propuesta Nro.60078027 del producto VITEUS; **20)** A fojas 170 a 174, capturas obtenidas desde página web de Seguros Falabella, de la publicidad de seguros y condiciones del mismo; **21)** A fojas 175, captura obtenida desde página web de ITAÚ SEGUROS, de publicidad del seguro; **22)** A fojas 176 a 191, copia simple de póliza matriz Nº 000647-000, de fecha 1 de abril de 2018; **23)** A fojas 192 a 195, informe psicológico elaborado por la Psicóloga Carmen Ponce Salvo, del Centro Médico Axis de la comuna de Lautaro, de fecha 04 de marzo de 2020.

6.- Que la parte querellada y demandada civil rinde la siguiente prueba documental: **1)** A fojas 196 a 210, propuesta de seguro ITAÚ Chile Compañía de Seguros de vida, Sociedad Anónima, contratado por la querellante y demandante doña Camila Aliquintui, Nº de propuesta 60078027, a través de la corredora de seguros Falabella, nombre del producto VITEUS; **2)** A fojas 211 a 222, reclamo efectuado por la querellante y demandante civil a la compañía de seguros, de fecha 14 de junio de 2018, junto a los documentos que fundan dicho reclamo; **3)** A fojas 223 a 228, ingreso reclamo de fecha 14 de junio de 2018, por la compañía de seguros Falabella, respuesta de reclamo de fecha 12 julio de 2018, respuesta reclamo de fecha 22 de agosto de 2018, respuesta reclamo de fecha 22 de octubre de 2018, respuesta reclamo de fecha 30 de octubre de 2018, respuesta de reclamo de fecha 19 de diciembre de 2018; **4)** A fojas 229 Resumen de fecha de 07 de enero de 2019, de reclamo efectuado por la señorita Camila Aliquintui, por parte de la compañía de seguros Falabella, en que se detalla los rembolsos aprobados y los rembolsos rechazados, en que se hace especial hincapié al punto 4 de la cláusula tercera, relativo a servicios de la póliza contratada, en que se detalla las condiciones para la repatriación sanitaria, así como, el punto 22 en la cláusula tercera, de la póliza contratada, en lo relativo a los rembolsos de los gastos de hotel; **5)** A fojas 230 a 243, comprobante de rembolso Nº24505 de fecha 11 de julio de 2018 pagado a la querellante y demandante civil, por parte de la compañía de seguro, adjunto al mismo, los gastos justificados para el rembolso por la suma total de \$2.014.945, por urgencia hospitalaria y medicamentos; **6)** A fojas 243, rembolso Nº24243 pagado con fecha 31 de mayo de 2018, por la suma de \$95.093 en medicamentos; **7)** A fojas 244, comprobante de rembolso Nº24351, pagado con fecha 05 de junio de 2018; **8)** A fojas 245, cuadro o planilla resumen de los gastos autorizados a rembolsar con su correspondiente detalle de valor y de su copago, así como los gastos rechazados.

7.- Que a fojas 258 y siguiente, la parte querellante y demandante civil rinde prueba testimonial, presentando a estrados de don **Javier Alejandro Retamal Fontannaz**, 31 años, soltero, biotecnólogo, cédula de identidad Nº16.996.271-5 domiciliado en Lautaro, calle Manuel Rodríguez Nº016, quien

señala es testigo de su cuñada Camila, él sabe de forma más cercana lo que pasó, ya que ella tenía que viajar a un congreso, y aprovecharía de realizar turismo en Europa. Ella llegó a Italia, donde una familia amiga de sus amigos. El viaje lo realizó a fines de abril de 2018, cuando iba a la casa de su polola, Camila hablaba con sus padres y cuando llevaba aproximadamente un mes allá estando en Suiza, les señaló que se sentía un poco enferma, en ese momento no tenía idea de qué tipo de seguro había contratado, pero los padres les dijeron que se trataba de contactar con el seguro. Asume que ella intentó contactarse con el seguro y ver donde se podía atender, ver que lugares le cubría, ella intentó comunicarse vía telefónica, pero no tuvo respuesta, por lo que intentó comunicarse vía correo electrónico, esto lo sabe, porque se lo comentó su familia, ya que él iba constantemente a ver a su polola, comentándole lo preocupados que estaban. Desde que tuvo comunicación a través de correo electrónico, no tuvo mucha respuesta, considerando que el servicio del seguro tenía atención o asistencia 24/7. Al no tener respuesta por parte del seguro, ella pide ayuda a la persona donde estaba alojándose, ahí comienza a atenderse en el servicio, no sabe si público o privado y producto de su estado de salud, tuvo que comenzar a intentar dejar sin efecto las reservas de su itinerario; mientras estuvo allá, su estado siguió empeorando, tuvo que concurrir a centros asistenciales, hospitalarios, comenzó a quedar sin dinero, la familia acá en Chile no sabía qué hacer, no podían ir a buscarla, ella no podía viajar por el estado de salud en que estaba, y dentro de ese tiempo tampoco obtuvo más respuesta de la asistencia 24/7 contratada por el seguro. Cuando mejoró un poco, se hizo el ánimo y con ayuda de la primera familia que la recibió en Italia, pudo viajar, no pudo asistir al congreso, que era su principal motivo. Al regresar a Chile, llegó en pésimo estado de salud, como es cercano a la familia, pudo ver su estado físico, su cara llena de llagas, heridas, recuerda que cuando llegó, durmió casi dos días seguidos, imagina lo mal que estuvo allá, estar en un país donde no maneja el idioma, no tener asistencia de un servicio que supuestamente era 24/7, eso debió aumentar su nivel de estrés, lo que no favorecía su estado de salud. Después de eso, acá en Chile, cambió su actitud, ella era muy alegre, positiva, comenzó con problemas, estuvo con depresión, con tratamiento psiquiátrico por la experiencia vivida y básicamente eso afectó su desarrollo profesional laboral, se sentía insegura, aparte de eso, le quedaron muchas cicatrices por la enfermedad que tuvo. Pasado un año desde que llegó, un poco antes, ya cuando no obtuvo respuesta de Falabella, tomó la decisión de demandar a Falabella. Cree que su estado psicológico no es nada bueno, seguir hablando del mismo tema, lo vivido en Europa, fue una experiencia traumática desde su punto de vista. Este año, ya se cumplen casi dos años, y aún no tiene una respuesta definitiva. **Contrainterrogado** indica que desconoce el monto de cobertura, ya que fue Camila quien lo contrató y nunca mencionó monto, sólo hizo alusión de que la cobertura era 24/7, agregando que no está en conocimiento si el regreso anticipado a Chile fue ordenado por algún médico tratante. Seguidamente, a fojas 260 y siguientes, comparece, don **Hugo Patricio De Celis Rodríguez**, 50 años, casado, Exportador, cédula de identidad N°11.499.53-0, domiciliado en Lautaro, calle Barros Arana N°546, quien señala ser testigo de Camila Aliquintui Flores, por ser amigo de la familia, más que nada de su padre, por temas de negocios; que conversó con el padre en el mes de marzo de 2018, y le comentó que su hija Camila iba a viajar a Europa, por temas académicos y de turismo, él estaba nervioso por el viaje y le preguntó que como era Europa, algún tips que la pudiera ayudar en el viaje, le aconsejó que tomara siempre un seguro de vida o de salud, como siempre lo hace él, además se quedó con una familia amiga en Italia, amigos de él, se quedó una semana en Roma, luego se fue a España, para luego llegar a Suiza. Luego supo que tuvo un problema de salud allá; que conversó con el padre de ella y también con Camila,

cuando ya estaba enferma, ahí supo que estaba activando su póliza de seguro, luego tuvo un inconveniente con el seguro, que no le estaba respondiendo, que la estaba dejando a la deriva allá en Suiza, cuando conversó con ella, vía telefónica, lo más angustiante era que el seguro no se comunicaba con ella de manera inmediata, ella estaba con depresión, enferma y sola. Él se sentía mal, porque le dijo que tomara el seguro, se sentía un poco afectado, él le aconsejó el seguro Falabella, entre comillas, además tiene todas sus pólizas de vehículo ahí. Luego supo que llegó a Chile muy mal, tanto psicológicamente como físicamente, su cara con cicatrices de la enfermedad, vio fotos y también en persona, siendo impactante para él y lo peor es que ella tomó un seguro que no le respondió prácticamente nada. **Contrainterrogado** responde que desconoce si el seguro tiene algún tope, él sólo le recomendó el seguro, ya que tiene pólizas ahí, y como a él le respondió bien antes, se lo recomendó a ella; de su contacto con Camila supo que ella llamaba al seguro, y el seguro se demoraba muchas horas en responder, no era preciso ni efectivo, como decía la publicidad en ese entonces, incluso no la llamaban, lo que notaba era que estaba psicológicamente mal, estaba sola y abandonada por el seguro que había tomado. Ella le decía que tenía fiebre alta, muy alta y la cara desfigurada y que en ninguna parte ni hotel la querían recibir, ni tampoco podía irse del país, tomar un avión, porque estaba desfigurada, y eso lo sabía el seguro, que era lo más grave; desconoce si el regreso anticipado de Camila a Chile, fue ordenado o no por algún médico tratante, sabe que tuvo que venirse antes por su estado de salud, estaba grave; él recomienda, si alguien tiene un viaje, que tomé un seguro de cualquier aseguradora, sea Falabella o no, cree que acá fue algo puntual, él tiene sus vehículos asegurados en Falabella, y no los ha retirado.

8.- Que del mérito de los antecedentes se puede tener por establecido y no controvertido que la querellante doña Camila Andrea Aliquintui Flores y la querellada Itaú Chile Compañía de Seguros Vida S.A. celebraron un contrato de adhesión de seguro internacional de asistencia en viaje, póliza 000-647-000, certificado 1682, denominado VITEUS Itaú Plan Europa, con fecha 11 de abril de 2018 por intermedio de Seguros Falabella Corredores Ltda., contrato que tenía por objeto la prestación de las siguientes coberturas : *asistencia internacional 24 horas, asistencia médica por accidente, por preexistencia enfermedad, medicamentos ambulatorios, medicamentos de hospitalización, gastos hotel por convalecencia, gastos hotel familiar acompañante, traslado familiar en caso de hospitalización, extensión estadía por hospitalización, transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad, repatriación restos mortales, odontología de urgencia por enfermedad o accidente, acompañamiento de menores, asistencia legal en caso de accidentes, adelanto fianzas, transmisión mensajes urgentes, gastos vuelo cancelado y localización y transporte de equipaje y efectos personales*, durante el viaje que efectuaría la querellante por el continente europeo entre el **23 de abril de 2018 y 23 de julio de 2018**. Tampoco se discute que con fecha 15 de mayo de 2018, la querellante contactó a la empresa encargada de la asistencia en viaje, Sur Asistencia, para activar la cobertura del seguro debido a problemas de salud, y que, por la activación de ese seguro, el prestador efectuó 3 reembolsos, efectivamente percibidos por la actora, a saber: el N°24505 por la suma de \$2.014.945; N°24243 por la suma de \$95.093, y N°24351 por la suma de \$6.466 por un total de \$2.116.504.

9.- Que constituye objeto de la controversia, si las prestaciones que en definitiva cubrió el seguro, en naturaleza, monto y oportunidad se ajustan a las obligaciones que nacieron en virtud del contrato que le une con la querellante, afirmando esta que existe un claro incumplimiento, situación que la aseguradora desconoce.

En cuanto a la Excepción de Prescripción. -

10.- Que, la parte querellada y demandada civil a fojas 247 y siguientes, opuso la excepción de prescripción de la acción, fundada en que el día 15 de mayo de 2018 su representada recibió de parte de la querellante una denuncia, póliza 000647-000, dándole curso, tomándose las medidas para que la querellante recibiera las atenciones y coberturas de la póliza, efectuándose los respectivos reembolsos con fecha 31 de mayo de 2018, 15 de junio de 2018 y 11 de julio de 2018, informándole cuales carecían de cobertura bajo la póliza, estimando que por ello el plazo para accionar debe contabilizarse a partir del 15 de mayo de 2018, fecha en la que se habría incurrido en la supuesta infracción, sin que posteriormente se haya recibido ningún reclamo directo o vía Sernac que modifique los plazos de prescripción, desconociendo la supuesta comunicación de fecha 26 de diciembre de 2018. Que atento a lo anterior y a lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley 19.496, a la fecha de la interposición de la querella el plazo de prescripción ha transcurrido, motivo por el cual solicita el rechazo de la querella infraccional con costas.

Que a fojas 262 y siguientes, don Javier Carrasco Henríquez, en representación de la parte querellante y demandante civil, evacúa el traslado conferido indicando que el artículo 26 de la Ley 19.496 establece un plazo de prescripción de 6 meses contado desde que se haya incurrido en la infracción respectiva y que como se ha sostenido, la última comunicación realizada entre su representada y la querellada y demandada civil de autos, motivada por la solicitud de reembolso total de los gastos realizados, tuvo lugar el día 26 de diciembre de 2018, por lo que a esa fecha corresponde la infracción cometida por la demandada, citando jurisprudencia. Indica que la querellada recién con fechas 2 de junio, 4 y 21 de julio de 2018 efectuó reembolsos parciales, no obteniendo su representada el total de los gastos realizados por negligencia de la querellada desde dicha fecha.

11.- Que para resolver la excepción planteada, partamos por indicar que como no se ha controvertido, la querellante contrató un seguro de viaje proporcionado por la incidentista, por medio de la corredora Seguros Falabella Corredores Ltda., solicitando doña Camila Aliquintui el día 15 de mayo de 2018, información para hacer uso de la póliza de seguro contratada para una emergencia médica, iniciándose así una serie de comunicaciones entre ésta y el entidad encargada de asistir a la asegurada en el uso de la cobertura, entidad que con fecha 2 de junio, 21 de junio, y 14 de julio, según consta de los correos acompañados a fojas 159, 160, y 161, dio aviso de los reembolsos de los gastos efectuados con motivo de la enfermedad de la asegurada. No conforme con la actuación de la compañía la querellante ingresó un requerimiento ante el mediador Seguros Falabella Corredores Ltda., intercambiando una serie de comunicaciones hasta el día 15 de noviembre de 2018, en el que se informa que los gastos en que incurrió se encuentran cancelados según su límite de cobertura, por lo que se rechaza el pago de otros documentos que no se encuentran contratados, respuesta que fue reiterada en correo de fecha 26 de diciembre de 2018, fecha en la que no se continuó con la reclamación poniendo términos a la misma, como se desprende de los documentos de fojas 167 y 168, situación que a juicio de la actora constituiría una vulneración a la Ley de Protección de los Consumidores, interponiendo la respectiva querella y demanda el día 06 mayo de 2019.

Que clarificado lo anterior, debemos señalar que el artículo 26 de la Ley 19.496 dispone "*Las acciones que persigan la responsabilidad contravencional que se sanciona por la presente ley prescribirán en el plazo de seis meses, contado desde que se haya incurrido en la infracción respectiva.*

El plazo contemplado en el inciso precedente se suspenderá cuando, dentro de éste, el consumidor interponga un reclamo ante el servicio de atención al cliente, el mediador o el Servicio Nacional del Consumidor, según sea el caso. Dicho plazo seguirá corriendo una vez concluida la tramitación del reclamo respectivo.

De la manera relacionada, no existe duda que habiéndose cuestionado en esta instancia la falta de cumplimiento de las obligaciones de la compañía aseguradora, lo que sólo llegó a ser cierto con el último correo recibido por la actora en el que se informa el reembolso final que estaba dispuesta a efectuar, de lo que siguió el reclamo realizado por doña Camila Aliquintui Flores ante el mediador Seguros Falabella Corredores Ltda., cuya resolución se pronunció con fecha 26 de diciembre de 2018, periodo de reclamo que, además, supone interrupción del plazo que se analiza, debe concluirse que a la fecha de la interposición de la respectiva querella infraccional y demanda civil de indemnización de perjuicio, dicho plazo no se había extinguido, motivo por el cual no se dará lugar a la excepción de prescripción planteada por el incidentista como se señalará. Se hace presente que en nada afecta el desconocimiento de la última respuesta dada a la demandante para los efectos indicados, como se infiere de la normativa.

En cuanto al fondo. -

12.- Que, ahora bien, apareciendo del mérito de autos que lo que en definitiva se cuestiona es el cumplimiento parcial de las obligaciones de la compañía con la querellante, y, además, una prestación negligente, corresponde, entonces, confrontar si las coberturas contratadas fueron debidamente cubiertas, en todo o solo en parte, atentos los antecedentes que se hicieran valer al proveedor del seguro, todo ello a la luz del respectivo contrato. Así, veremos los gastos reembolsados, los no reembolsados por no estar cubiertos por la póliza, y los no reembolsados y que sí estarían cubiertos, si existiere alguno. Finalmente, abordaremos el cumplimiento integral de las obligaciones que tenía la compañía aseguradora, de acuerdo a los hechos descritos en la querella y si este se ajustó a la normativa del consumidor o constituyó, en algún aspecto, una vulneración a ella.

13.- Ítems y montos cubiertos por el seguro. - Como se ha indicado, la compañía habría enterado parcialmente las coberturas contratadas, de acuerdo a lo sostenido por la actora, razón por la cual partiremos por precisar en qué se tradujo el efectivo cumplimiento de la compañía.

En cuanto a los gastos reembolsados se ha acreditado por la actora diversos gastos de atención médica y compra de medicamentos en los que debió incurrir durante su estadía en Suiza, derivados de los problemas de salud que enfrentó durante su viaje, tanto en el hospital de la localidad de West Interlaken, y posteriormente en el Inselspital de la ciudad de Berna, los que se desglosan del modo que sigue:

Gastos médicos hospital Interlaken, el que asciende a un total de **\$907.15** francos suizos y cuyos comprobantes se acompañan mediante prueba documental de fojas 217 y 218.

Gastos Médicos Inselspital Berna, el que asciende a un total de **\$1932.7** francos suizos, y cuyos comprobantes se acompañan mediante prueba documental de la querellante a fojas 93 a 98, correspondiente a \$164.80 y 1255.95 francos suizos por la atención médica del día 19 de mayo de 2018; y \$511.95 francos suizos por la atención médica recibida el día 22 de mayo de 2018.

Gastos en Medicamentos varios, el que asciende a la suma de **254.95** francos suizos, y cuyos comprobantes se acompañan a fojas 105, 106 y 222 los cuyo desglose corresponde a compras por \$29.7, \$84.55, \$10,2, \$10.2 y 120.05 respectivamente.

Que en relación a este ítem, la querellante alega que el proveedor, no habría reembolsado la totalidad de la atención médica recibida en Inselspital de Berna ascendente a **\$1932.7** francos suizos, situación que aparece desvirtuada, conforme se ha acreditado por el proveedor querellado mediante la prueba documental acompañada a fojas 230, 243 y 244, consistente en los documentos de reembolsos N° 24505, 24243 y 24351, que comprenden la restitución de la totalidad de los gastos médicos señalados precedentemente los que alcanzan la suma de \$3.344,55 francos suizos, equivalentes a \$2.116.504 de pesos chilenos, entre los que se incluyen las dos atenciones de urgencia efectuadas el día 19 de mayo de 2018 y posteriormente el día 22 de mayo de 2018, en la ciudad de Berna, Suiza. Ellas se aprobaron en el reembolso N° 24505 y en el Nro. 24351, junto con los medicamentos adquiridos el día 23 de mayo de 2018 en la misma ciudad. También se estableció que se informó a la actora de la restitución de dichos montos mediante depósito a su cuenta Rut los días 31 de mayo de 2018, 15 de junio de 2018, y 11 de julio de 2018, conforme indican los correos electrónicos acompañados a fojas 159, 160, 161 de autos, no desacreditados o desconocidos. De este modo, no se acredító que esta cobertura no se encuentre cubierta, considerándose cumplido el contrato en esta parte.

14.- Ítem de gastos gastos no reembolsados y no cubiertos por el seguro. Se ha señalado por la querellante Aliquintui Flores, que el proveedor querellado no habría reembolsado los gastos de transporte, de estadía por convalecencia, además de las reservas de hospedaje no utilizadas, y cobradas a la actora, además de las inscripciones a diversos congresos a los que asistiría durante su estadía en Europa, los que se desglosan y describen del modo que sigue:

Gastos de estadía por convalecencia : \$707,164 pesos chilenos

Gastos transporte (tren Berna Milán) : \$59,572 pesos chilenos

Gastos reservas hospedaje no utilizadas: \$466.424 pesos chilenos

Gastos inscripciones congresos: \$825 dólares americanos.

Que a este respecto, la póliza matriz 000647-000 suscritas por las partes, y acompañada a fojas 1 y siguientes, no controvertida en su contenido dispone en su cláusula cuarta, numerando 22 “*GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA: Su operador de asistencia reembolsará al beneficiario de la asistencia gastos de hotel, únicamente en concepto de alojamiento (es decir sin extras) siempre que exista autorización previa otorgada al beneficiario de la asistencia por parte de su operador de asistencia cuando el médico tratante prescribiere reposo forzoso luego de un hospitalización. Para obtener este beneficio el beneficiario de la asistencia deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de 5 días y dicha hospitalización deberá haber sido fehacientemente autorizada por la central de asistencia...*

” Del mismo modo, las condiciones generales de la póliza en su acápite 12 denominado “Eventos y Gastos excluidos” en su numeral 19 señala “*Gastos No Autorizados: Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, medicamentos atenciones médicas compras de artículos de primera necesidad, tickets de pasajes de traslados aéreos o no y todo tipo de gasto que no haya sido autorizado expresamente por su Operador de Asistencia*”.

Que en este sentido, de la prueba documental acompañada por la querellante, doña Camila Andrea Aliquintui Flores, aparece que no cumplía los requisitos necesarios para que operara el reembolso de los gastos alegados, toda vez que **no aparece de ellos que su enfermedad haya requerido una hospitalización superior a 5 días, ni menos aún le fue recetado un reposo posterior de carácter forzoso**, no siendo tampoco los gastos de hotel, y posterior traslado en tren desde Berna a Milán, informados al Operador de asistencia dentro de las 24 horas siguientes a su ocurrencia, ni autorizados por el mismo, por lo que no corresponde su restitución. Más todavía, la improcedencia de esta cobertura se debe descartar definitivamente y no da crédito a alguna interpretación desde que claramente disurre sobre la base de una hospitalización de a lo menos 5 días, en circunstancias que no se acreditó dicha circunstancia por ningún lapso, incluso inferior a la exigencia.

En cuanto a los gastos relacionados a las reservas de hotel cobradas y no utilizadas por la actora, tampoco corresponde su restitución, puesto que habiendo decidido la actora poner fin a su viaje, y regresara Chile debido a sus padecimientos, sea que lo haya hecho de forma particular, o bien a través de la repatriación sanitaria, no podría haber hecho uso de ellas, situación no cubierta por la póliza contratada y que por tanto le empece a la aseguradora. No debe olvidar la querellante que la no asistencia a los congresos, además de no estar cubierta por la póliza, se debió a la enfermedad que padeció en el viaje y no a alguna actuación u omisión del prestador del seguro.

Por el mismo motivo señalado anteriormente, no corresponde la restitución de los montos pagados por concepto de inscripciones a los congresos efectuadas por la actora, de manera que tampoco se acreditó incumplimiento contractual en esta parte.

15.- En cuanto al cumplimiento del objeto del contrato ante los eventos sufridos por la querellante durante el viaje. Que la cláusula primera de la póliza matriz 000647-000, certificado 1682, suscrita entre la actora de marras, doña CAMILA ANDREA ALIQUINTUI FLORES, y la querellada ITAÚ Chile COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., acompañada a fojas 1 y siguientes, dispone que :"*en virtud del presente contrato, el Operador de Asistencia garantizará la puesta a disposición de beneficiario de la asistencia de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios cuando esta se encuentre en dificultades como consecuencia de una accidente y/o enfermedad repentina y aguda contraída con posterioridad la fecha del inicio de vigencia del certificado o a la fecha de inicio del viaje, la que sea posterior de acuerdo con los términos y condiciones consignados en el presente documento. La prestación de servicios la hará el Operador de Asistencia por medio de la red mundial Mapfre Asistencia. Esta ayuda también podrá prestar en forma económica solo cuando el Operador de Asistencia lo autorice y se hará solo en caso de no haber cobertura en el sitio donde se encuentre el beneficiario de la asistencia"*"

Define la cláusula segunda, en su numeral décimo la **Enfermedad Aguda**, como aquel "**Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de los órganos que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo**".

Agrega la cláusula tercera, relativa a los SERVICIOS, en su numerando 2 denominado ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE Y ENFERMEDAD :"*En caso de... enfermedades padecidas durante el transcurso de un viaje, o emergencia para la cual se necesite asistencia, el beneficiario de la asistencia...deberá*

comunicarse con la central de asistencia, donde le iniciaran los pasos a seguir para su oportuna atención, sea remitiendo al profesional en cada caso, o autorizando la asistencia en cualquiera de los centros asistenciales disponibles en el área..." En el proceso de atención, podrá considerarse una evaluación telefónica con instrucciones telefónicas de parte de personal del Departamento médico de su Operador de Asistencia...así si durante el viaje el beneficiario sufre un accidente o enfermedad amparada por el presente contrato de asistencia, el operador de asistencia se encarga de organizar y asumir hasta los límites monetarios cubiertos, los gastos que se generen por la asistencia médica."

Por su parte, la cláusula cuarta, del **TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD**: establece "Su operador de asistencia proveerá del servicio de transporte para el traslado del beneficiario de la asistencia al centro hospitalario más cercano e idóneo o hasta su domicilio ya sea en ambulancia o en el medio que el profesional a cargo estime más adecuado según las características del caso. **En todo caso el equipo médico de su operador de asistencia mantendrá los contactos necesarios con el centro asistencial de que se trate o con el facultativo a cargo, a fin de supervisar que el transporte y traslado del beneficiario de la asistencia sea el adecuado. Los productos no cubren repatriaciones sanitarias en aviones sanitarios especiales, ambulancias aéreas u otros.**"

Pues bien, analizadas las cláusulas transcritas precedentemente, aparece claramente establecido que el objeto del seguro contratado, es justamente la asistencia y ayuda material inmediata al beneficiario o consumidor afectado por un accidente o enfermedad aguda durante el desarrollo de su viaje, obligándose el proveedor, a brindar orientación, indicando los pasos que debe seguir para su oportuna atención, gestionando y organizando, en lo posible, la asistencia necesaria con sus prestadores, o autorizando la asistencia en cualquiera de los centros asistenciales disponibles en el área, tomando el equipo médico del Operador de Asistencia el contacto necesario con el centro asistencial o facultativo a cargo, atendida las circunstancias del caso.

16.- Que, ahora bien, establecido así el objeto de la prestación de servicios, aparece que el proveedor querellado no ha cumplido a cabalidad con el mismo, especialmente con su deber de asistencia material, y orientación relativa a los pasos a seguir para su pronta atención y adecuada atención las 24 horas del día que publicita y que por lo mismo debe entenderse incorporada al contrato, ello se desprende al analizar la línea de correos electrónicos acompañados y que se desplegaron entre la actora y los funcionarios del Operador de Asistencia, que corren a fojas 111 a 128, donde si bien se logra una primera comunicación fluida, para informar al Operador el día 15 de mayo de 2018, la necesidad de activar el seguro y recibir la asistencia necesaria, este no pudo informar cuáles eran los centros prestadores de servicios médicos asociados, pues debía buscar uno, indicando que dicha información le sería dada a conocer al día siguiente, sin entregar el funcionario mayor detalle, ni orientación del procedimiento a seguir por la consumidora, la que finalmente acudió por sus medios, a un centro asistencial, debiendo pagar personalmente su atención, la que el proveedor informó reembolsaría, transcurridos 30 días. Que esta falta de orientación, y asistencia inmediata se observa nuevamente en los correos acompañados a fojas 129 a 134, en los que la actora indica su enfermedad ha empeorado, que los costos de atención médica son muy altos por lo que requiere gestionar su retorno a Chile, solicitándole el Operador un Certificado Médico que indique imposibilidad de continuar viajando, sin volver a comunicarse con la actora desde el día 17 al 22 de mayo. De este modo, se ha establecido que estando informado del siniestro previsto en la póliza objeto del contrato derivado del problema de salud, el proveedor no cumplió con su obligación de tomar contacto con el centro médico o facultativo a cargo del tratamiento, pese a solicitar insistentemente la actora su retorno sanitario, nuevamente el día 23 de mayo de 2018 por tercera

vez. El operador, pese a tal insistencia, se limitó a indicar sucintamente que ello se estaba evaluando, sin que se acreditara en autos que haya contactado a la beneficiaria, pese a conocer su estado de salud y diagnóstico, lo que ocurrió recién el 29 de mayo, luego de que se contactara con ellos, ya de vuelta en Chile por medios propios, para manifestar su decontento con el servicio.

17.- Que, de otro lado, la querellante también ha reclamado el incumplimiento por parte del proveedor de reembolsar los gastos relativos a su retorno a Chile desde la ciudad de Milan, en este sentido y como se señalara en el considerado precedente, doña Camila Aliquintui Flores, solicitó en, a lo menos, 3 ocasiones que se gestionara su retorno sanitario debido a sus padecimientos.

En este sentido debemos recordar que la póliza contratada dispone en su cláusula cuarta, del *TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA EN CASO DE LESIÓN O ENFERMEDAD* que “**Su operador de asistencia proveerá del servicio de transporte para el traslado del beneficiario de la asistencia al centro hospitalario más cercano e idóneo o hasta su domicilio** ya sea en ambulancia o en el medio que el profesional a cargo estime más adecuado según las características del caso. **En todo caso el equipo médico de su operador de asistencia mantendrá los contactos necesarios con el centro asistencial de que se trate o con el facultativo a cargo, a fin de supervisar que el transporte y traslado del beneficiario de la asistencia sea el adecuado. Los productos no cubren repatriaciones sanitarias en aviones sanitarios especiales, ambulancias aéreas u otros.”**

Ahora bien, el proveedor querellado no probó en autos que el Operador de Asistencia o su equipo médico hubiese contactado a los centros hospitalarios a los que asistió la actora debido a sus problemas de salud, situación que ha permitido establecer la negligencia en la prestación. Sin embargo, ello, a su vez, impidió determinar si procedía o no dicha solicitud, limitándose a pedir un certificado médico que indicara la imposibilidad de continuar el viaje. Cabe precisar que, de la lectura de la referida estipulación a la luz de los acontecimientos y la nula asistencia recibida, hace imposible su aplicación puesto supone una actuación activa del operador la que no realizó. De otro lado, la cláusula 4 no señala los casos en que se haría efectiva la repatriación, pues debe ser algo grave que impida continuar con el resto del viaje, pero no tanto como para requerir un avión ambulancia, estipulando el proveedor que el retorno del beneficiario será mediante un pasaje en clase turista, lo que restringe dicha opción casi al mero arbitrio del proveedor. De esta manera ha resultado imposible aplicar la cláusula al no darse los supuestos, nuevamente por la negligente prestación de la cobertura de salud que se contratara.

18.- Que de la manera relacionada, si bien no se ha establecido en autos que los gastos acreditados por concepto de prestaciones de salud no hayan sido reembolsados, de acuerdo a los términos del contrato y según los gastos acreditados ante la compañía por la demandante, ha resultado establecido que la prestación contratada , de acuerdo al objeto perseguido con el contrato de adhesión que une a las partes, no se cumplió conforme la expectativa razonable que determinara la decisión de celebrarlo por parte de la querellante.

En efecto, se ha acreditado en el proceso que ella sufrió una enfermedad durante su viaje, encontrándose en Suiza, país desde el que contactó a la compañía, cuyo operador no fue capaz de contener a la asegurada en los términos y condiciones que detalla la póliza, al no prestar la asistencia material inmediata, orientación, ni información concreta, que permitiera a la actora sobreponerse adecuadamente de su enfermedad, en un actuar claramente negligente, lo que no pudo sino causar un menoscabo en la consumidora, vulnerándose de este modo la normativa. En efecto, no existió una comunicación fluida, 24 horas como se publicita en las páginas de la corredora Falabella y de la compañía aseguradora, como aparece de fojas 170 y 175, respectivamente,

que diera la orientación y garantía suficiente para poder enfrentar la enfermedad imprevista, encontrándose fuera de Chile. Al mismo tiempo, la información proporcionada fue claramente incompleta, no fue oportuna ni suficiente, lo que devino en que la consumidora debiera superar el incidente como si no hubiese contratado ningún seguro, limitándose la compañía a reembolsar los gastos en que debió incurrir en virtud de ella, siendo nula la asistencia y protección durante el viaje. Por último, la enfermedad diagnosticada y sus características hacían imposible la continuación del viaje, pero las faltas de gestiones hicieron impracticables las condiciones establecidas en la póliza para optar a que el viaje de retorno fuera cubierto por la querellada, de acuerdo a lo analizado.

19.- En cuanto a las infracciones a La Ley 19.496, artículos 12 y 23. Se sostiene en el libelo que se analiza, que el proveedor de seguros habría incurrido, por los hechos ya expresados, en infracción a los artículos 12 y 23 de la ley del ramo. La primera de dichas disposiciones, de carácter contractual, indica que el proveedor está obligado a cumplir con lo convenido; en tanto que la segunda norma tipifica una figura infraccional que exige negligencia en la venta de un bien o en la prestación de un servicio, por fallas en diversos aspectos, como la calidad, seguridad, entre otros. A su vez, se alude a que lo sucedido sería una vulneración al derecho a una información veraz y oportuna y a no ser discriminado contempladas en el artículo 3, literal b y c.

20.- Revisemos, entonces, más detalladamente, esas disposiciones. El artículo 12 de la ley 19.496 dispone "**Todo proveedor de bienes o servicios estará obligado a respetar los términos, condiciones y modalidades conforme a las cuales se hubiere ofrecido o convenido con el consumidor la entrega del bien o la prestación del servicio**". El artículo 23 inc.1, en tanto, señala que "**Comete infracción a las disposiciones de la presente ley el proveedor que, en la venta de un bien o en la prestación de un servicio, actuando con negligencia, causa menoscabo al consumidor debido a fallas o deficiencias en la calidad, cantidad, identidad, sustancia, procedencia, seguridad, peso o medida del respectivo bien o servicio...**". Finalmente, el artículo 3 del mismo cuerpo legal prescribe "**Son derechos y deberes básicos del consumidor: ... b) El derecho a una información veraz y oportuna sobre los bienes y servicios ofrecidos, su precio, condiciones de contratación y otras características relevantes de los mismos, y el deber de informarse responsablemente de ellos; y c) El no ser discriminado arbitrariamente por parte del proveedor de bienes y servicios.**

21.- Que el mérito de los antecedentes permite sobradamente concluir que Itaú Chile Compañía de Seguros de Vida S.A., incumplió los términos y condiciones ofrecidas en el contrato, desde que no prestó la asistencia inmediata, fluida y eficiente que contemplaba el seguro de asistencia en viaje contratado por la querellante, no sirviendo de manera alguna a los fines para los que fue contratado, limitándose la citada compañía a reembolsar gastos asumidos por su cliente, quedando la asegurada a la deriva en la contingencia sufrida en virtud de la enfermedad que la aquejara. Que, al mismo tiempo, la prestación del servicio resultó claramente negligente por fallas en la calidad y seguridad de la misma, causando a la consumidora elocuente menoscabo, por lo que será condenada la compañía de la manera que se indicará, por darse los supuestos de los artículos 12 y 23 consignados en el motivo precedente.

Que, finalmente, y para efectos de la determinación de las multas, debe considerarse que el artículo 24 de la ley 19.496 establece que "Las infracciones a lo dispuesto en esta ley serán sancionadas con multa de hasta 50 unidades tributarias mensuales, si no tuvieran señalada una sanción diferente"; en tanto que para su aplicación, dice el artículo en su inciso final, el tribunal tendrá especialmente en cuenta la cuantía de lo disputado, los parámetros objetivos que definen el deber de profesionalidad del proveedor, el grado de asimetría de

información existente entre el infractor y la víctima, el beneficio obtenido con motivo de la infracción, la gravedad del daño causado, el riesgo a que quedó expuesta la víctima o la comunidad y la situación económica del infractor. Que el mérito de los antecedentes probatorios permiten establecer que el proveedor incumplió su deber de profesionalidad desplegando un servicio ineficaz a los fines que determinaron la contratación del seguro, que causaron grave daño a la actora, por lo que deberá ser severamente castigado.

EN CUANTO A LO CIVIL. -

22.- Que a fojas 44 y siguientes, don **VÍCTOR SAGREDO SAGREDO**, abogado, en representación de doña **CAMILA ANDREA ALIQUINTUI FLORES**, deduce demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de **ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, todos ya individualizados, fundando la demanda en los mismos hechos narrados en la querella infraccional, los cuales da por íntegramente reproducidos. Señala que las negligencias en las que ha incurrido la demandada en la prestación de los servicios contratados y pactados, violentando normas explícitas que deben operar en la correcta celebración de un contrato, lo que ha causado un daño que debe ser reparado. Las disposiciones de la Ley 19.496 impone al proveedor, la obligación de dar cumplimiento exacto a las prestaciones en los términos y condiciones conforme a los cuales fueron ofrecidos y convenidos, lo que no es otra expresión de los artículos 1545 y 1546 del Código Civil constituyendo igualmente un incumplimiento la falta de prestación, como también la prestación defectuosa que no satisface el estándar del contrato, siendo por ella indebida o disconforme. En este sentido la póliza contratada estipulaba a) asistencia internacional 24 horas, b) asistencia médica por enfermedad, c) medicamentos ambulatorios, d) medicamentos de hospitalización, e) Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones o enfermedad, de manera que no cabe duda que la inejecución de las obligaciones impuestas por la Ley dan derecho a demandar las indemnizaciones que corresponden conforme lo dispuesto en los artículos 1489, 1545, 1556 del Código Civil, 3 letra e) y 41 de la Ley 19.496 y que causaron los siguientes daños: **Daño emergente:** Su representada debió desembolsar la suma de \$3.918.037 pesos, que la querellada no restituyó, debiendo asumir dichos gastos con recursos propios, utilizando tarjetas de crédito o dinero suministrado por su familia, causando desesperación en su representada debido a sus condiciones de salud, y la nula cobertura que la querellada debía prestar de manera oportuna; posteriormente de forma tardía la demandada reembolsó la suma de \$2.116.504, debiendo restituir la diferencia de dinero producida ,que asciende a **\$1.791.532** ,con reajustes e intereses correspondientes. **Daño moral:** Siendo éste el sufrimiento psicofísico, al igual que la lesión del espíritu por dolores físicos o morales que su representada sufrió con el accionar de la demandada civil, se explican pues al contratar los servicios de ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., buscaba una tranquilidad económica en caso de producirse la contingencia incierta por la que se aseguraba los gastos relativos a padecimientos de salud en su tránsito por el extranjero, provocando el actuar negligente de la demandada no sólo un perjuicio económico sino que intranquilidad al dejar a su representada sin una cobertura eficaz y eficiente, abandonándola a su suerte en un país extranjero , sin recursos para solventar los efectos de la enfermedad cubierta por el seguro de salud, contrato que se cumplió parcial y tardíamente, causando un daño moral que estima en la suma de **\$25.000.000** de pesos.

Que atento a lo anterior solicita se condene a la demandada al pago de las sumas señaladas con reajustes intereses y costas.

23.- Que a fojas 250 y siguientes **CRISTIÁN SOTO OLAVARRÍA**, abogado, en representación de **ITAU CHILE COMPAÑÍA DE SEGURO DE VIDA S.A.**, contesta la demanda civil de indemnización de perjuicios deducida en su contra de su representada, solicitando el rechazo en todas sus partes con costas, por las siguientes consideraciones de hecho y de derecho: Da por expresamente reproducidos los argumentos señalados al contestar la querella infraccional, agregando que toca a la parte demandante acreditar la existencia y procedencia de las indemnizaciones solicitadas y la relación de causalidad con los hechos materia de autos; en cuanto a los daños reclamados, recalca que niegan tajantemente su existencia, procedencia y cuantía, pues Itau ha actuado en todo momento apegada a derecho, y a las directrices de la Comisión para el Mercado Financiero, no cometiendo su representada infracción alguna por la que deba indemnizar a la actora, siendo la pretensión de indemnización contraria a los fundamentos que rigen la indemnización de perjuicios, citando jurisprudencia.

En cuanto el daño moral, al no existir ilícito civil alguno, el daño reclamado es inexistente, y de existir, sostiene que es inimputable a su representada, por lo que controvierte la existencia de todo y cada uno de los supuestos perjuicios reclamados, así como el monto y naturaleza de los mismos; indica que el principio de reparación total, precisa que la víctima no puede recibir menos, más no puede recibir por sobre lo necesario para reparar íntegramente el daño sufrido, lo que ha sido recogido por las Cortes de nuestro país frenando las indemnizaciones exageradas, citando fallos que avalarían su tesis. Agrega que que el daño material es una reparación compensatoria, en tanto el daño moral es una satisfacción de orden pecuniario, debiendo la demandante probar el monto de \$25.000.000 que reclama mediante la prueba pertinente, de lo contrario, acceder a dicha partida implicaría una fuente de enriquecimiento sin causa, que la Ley no ampara, tomando real importancia la prueba, considerando que la parte más importante de la demanda se basa en la reparación de este ítem, debiendo ser probado por quien lo alega ,al no existir daño moral evidente, haciendo valer los criterios jurisprudenciales que cita.Respecto al daño emergente, se sostien que atendida la falta de detalle en relación a este, lo controvierte y niega, reiterando corresponde a los actores acreditarlos en cuanto su efectividad monto y magnitud, agregando finalmente que la indemnización jamás podrá devengar intereses ni reajustes desde la fecha de su presentación, pues el daño moral solo se fija en la eventual e improbable sentencia condenatoria, no pudiendo retrotraerlo a épocas anteriores.Que atento a lo anterior, solicita se rechace la demanda con expresa condena en costas y en subsidio, y para el improbable caso de ser condenada su representada, se fije una indemnización prudente en consideración a los hechos expuestos.

24.-Que, conforme establece el artículo 3, letra e), de la ley 19.496, son "Deberes y derechos básicos del consumidor: **El derecho a la reparación e indemnización adecuada y oportuna de todos los daños materiales y morales en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas por el proveedor, y el deber de accionar de acuerdo a los medios que la ley le franquea**". De esta manera, acreditada la conducta infraccional del proveedor querellado y demandado, que se tradujo en incumplimiento contractual y en virtud de ello se tipificó, a su vez, la figura infraccional del artículo 23 y en la vulneración a derechos esenciales del consumidor, corresponde acceder a que indemnice los daños que son resultado de dicha conducta y que resulten probados. En este sentido, surge el permanente conflicto acerca de la naturaleza de la responsabilidad civil en materia de consumo; estimándose que nos encontramos ante un estatuto mixto en la mayoría de los casos, en que, como el que se analiza, se comete una infracción a propósito de la inejecución de una obligación contractual.De este

modo debe desecharse la alegación de irresponsabilidad del proveedor, puesto que la relación de consumo que le une con la demandada a consecuencia de un incumplimiento imperfecto e insatisfactorio le exige responder por el daño que ha generado.

25.- Se ha demandado daño material aludiendo a una serie de gastos médicos no cubiertos por la compañía de seguros. Que al efecto debe indicarse que el Tribunal revisó los diversos ítems reclamados, constatando que no existen gastos médicos no reembolsados, conforme lo desarrollado en el motivo 13, por lo que no habiéndose rendido otra prueba y menos especificado debidamente estos gastos al demandarlos civilmente, deberá desecharse esta partida.

26.- Que también se ha pedido resarcimiento por el daño moral derivado del menoscabo que la actuación de la compañía habría generado a la asegurada, especialmente por la intranquilidad ante la falta de una cobertura eficaz y eficiente, lo que significó que fuera abandonada a su suerte en un país extranjero, según plantea el libelo. Que la contraria ha negado toda responsabilidad, alegación que debe ser desestimada, como se dijo, desde lo que se estableciera en lo infraccional.

Al efecto debemos indicar que para establecer esta partida se ha rendido la prueba documental de fojas 170 a 174, relativa a capturas obtenidas desde página web de Seguros Falabella, de la publicidad de seguros y condiciones del mismo; de fojas 175, captura obtenida desde página web de ITAÚ SEGUROS, de publicidad del seguro; de fojas 192 a 195, informe psicológico elaborado por la Psicóloga Carmen Ponce Salvo, del Centro Médico Axis de la comuna de Lautaro, de fecha 04 de marzo de 2020, a lo que debemos sumar la serie de correos electrónicos e informes médicos descritos y analizados en materia infraccional. También se rindió la testimonial, que consigna el motivo séptimo, donde don Javier Retamal Fontannaz y don Hugo de Celis Rodriguez, relatan como cuñado y amigo de la familia, respectivamente, los padecimientos de la demandante.

Tando de la prueba rendida para establecer el daño moral, como del propio mérito de los antecedentes analizados en lo infraccional, de donde aparece la negligente prestación de la compañía de seguros, puede concluirse en la evidente frustración, impotencia y desesperación que generó en la víctima la nula respuesta a sus expectativas en una situación que la tenía del todo vulnerable en un país extranjero, y que sólo es atribuible a la ineficacia demostrada por la aseguradora para brindar la publicitada atención 24 horas para estar tranquilo y seguro por contar con su protección.

Ya se ha descrito que ello no ocurrió, impidiéndose incluso acceder a los propios beneficios contratados, por la falta de gestión administrativa de la empresa, que resulta claramente dañosa en lo extrapatrimonial, pues se vio burlada la buena fe y la confianza con que se viajara, haciendo que la enfermedad padecida por la demandante fuera doblemente gravosa al negársele la atención tan necesaria en este caso para superarla de manera menos complicada y lograr el efectivo restablecimiento.

Que el daño moral sabemos no puede resarcirse, pero si compensarse a modo de satisfacción, lo que se hará en este caso accediendo a indemnizar esta partida en la suma prudencial de **\$5.000.000**, conforme lo permite el mérito de los antecedentes.

Se hace presente que en la determinación del quantum indemnizatorio se ha estado a la relación causal que existe entre el incumplimiento negligente de la compañía y las consecuencias dañinas que ello generó en la esfera emocional y espiritual de la consumidora asegurada a consecuencia de una falta de atención oportuna, pertinente y no onerosa, no pudiendo imputarse en caso alguno a la compañía la enfermedad misma que es la que determinó el retorno prematuro al país y el no poder hacer efectivo el itinerario prefijado para la visita a Europa, estimándose por ello que una suma mayor no resulta admisible.

27.- Que los restantes antecedentes del proceso en nada alteran las conclusiones precedentes.

Y VISTOS, además, lo establecido en los artículos 1, 3, letras b y c; 12, 16, 23, 24 y demás pertinentes de la Ley 19.496; y artículos 1, 7, 9, 14 y 16 y demás pertinentes de la Ley 18.287; y demás pertinentes del Código Civil SE DECLARA:

1.- QUE NO HA LUGAR a la objeción documental planteada por la querellada y demandada civil, a fojas 257, con costas.

2.- QUE NO HA LUGAR a la excepción de prescripción opuesta por la querellada y demandada civil, con costas;

3.- QUE HA LUGAR a la querella infraccional interpuesta por don **VÍCTOR HUGO SAGREDO SAGREDO**, en representación de doña **CAMILO ANDREA ALIQUINTUI FLORES**, en contra del proveedor de servicios **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, representado en autos legalmente por **ALEJANDRO LEYTON SERRANO, Agente de Sucursal** para los efectos del artículo 50 letra C) y D) de la ley 19.496, condenando a este proveedor por infracción a la ley 19496, al pago de una multa de **CUARENTA UNIDADES TRIBUTARIAS MENSUALES, con costas;**

4.- QUE HA LUGAR a la demanda civil interpuesta por don **VÍCTOR HUGO SAGREDO SAGREDO**, en representación de doña **CAMILO ANDREA ALIQUINTUI FLORES**, en contra del proveedor de servicios **ITAÚ CHILE COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A.**, representado en autos legalmente por **ALEJANDRO LEYTON SERRANO, Agente de Sucursal**, para los efectos de la ley 19.496, condenando a la empresa al pago de una suma de total de **\$ 5.000.000** a título de daño moral, con costas.

6.- Las sumas ordenadas a pagar serán reajustadas conforme la variación que experimente el índice de Precios al Consumidor, entre el mes anterior a la fecha del fallo y el mes anterior a la del pago efectivo, más los intereses para operaciones reajustables desde que este quede ejecutoriado.

Remítase copia de sentencia al SERVICIO NACIONAL DEL CONSUMIDOR, de conformidad a lo establecido en el artículo 58 de la ley 19.496 en su oportunidad.

Anótese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol N° 262.416-VC

Dictó, doña **RADY VENEGAS POBLETE**, Juez Titular del Primer Juzgado de Policía Local de Temuco. Autoriza don **FELIPE MATURANA ORTIZ**, Secretario Abogado Titular.

