

**Tribunal :** Arbitral.

**Causa :** “Infante Aravena Carolina Andrea con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.”

---

**Santiago,** 02 de Noviembre de 2020.

**VISTOS:**

**1°-** A fojas 31 consta que por Sentencia de fecha 7 de septiembre del año 2017, pronunciada por el 18° Juzgado Civil de Santiago, en los autos Rol C – 6634 – 2017, se designó al Juez Árbitro que suscribe, en calidad de árbitro mixto, para conocer el conflicto surgido entre las partes con motivo de un contrato de seguro de desgravamen e invalidez para crédito hipotecario. A fojas 49 consta que con fecha 11 de septiembre de 2018 fue notificado por cédula este Juez Árbitro, mediante receptor judicial.

**2°-** A fojas 50 consta que con fecha 21 de septiembre de 2018 este Juez Árbitro aceptó el cargo y juró desempeñarlo fielmente.

**3°-** A fojas 52 consta que por resolución de fecha 1° de octubre de 2018, se constituyó este Tribunal Arbitral, designándose como Actuaría en este arbitraje a doña Alejandra Herrera Corvalán, Secretaria Subrogante del 11° Juzgado Civil de Santiago. Mediante esa misma resolución, se citó a las partes a un comparendo para establecer el objeto del juicio y fijar las Reglas de Procedimiento de este arbitraje, el cual se realizó con fecha 7 de noviembre de 2018, con la asistencia de la parte demandante doña Carolina Andrea Infante Aravena, asistida por su abogado don Rafael Gómez Pinto; y el abogado don Nicolás Poklepovic Zegers, en representación de la demandada Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., según consta a fojas 63. En dicha audiencia se fijaron las Reglas de Procedimiento de este arbitraje, y se dejó constancia que el presente juicio arbitral tiene por objeto resolver las diferencias y dificultades existentes entre las partes, con motivo de un seguro de desgravamen e invalidez para crédito hipotecario que doña Carolina Andrea Infante Aravena contrató con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. Además, en la señalada audiencia se dejó constancia que son parte del presente juicio arbitral: a) Doña **Carolina Andrea Infante Aravena**, Rut N° 15.314.627-6, psicóloga, con domicilio en Avenida Irarrázaval N°5360, departamento 202, comuna de Ñuñoa, Santiago; y b) La sociedad **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, sociedad del giro de su denominación, Rut N° 96.819.630-8, representada por su Gerente General don Herbert Phillip Rodríguez, ambos con domicilio en calle Bombero Ossa N° 1068, Piso 4, comuna de Santiago.

**4°-** A fojas 70 consta que, a petición de ambas partes, se suspendió el procedimiento por el plazo de diez días a contar del 07 de noviembre de 2018.

**5°-** A fojas 81 la parte de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. acompañó copia de escritura pública de mandato judicial de fecha 19 de noviembre de 2018, copia de Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro Colectivo N° 423, y copia de la solicitud de designación de árbitro presentada por

la demandante ante el 18° Juzgado Civil de Santiago; documentos que a fojas 82 se tuvieron por acompañados, con citación.

**6°- Demanda:** A fojas 83 rola la demanda presentada por don Rafael Gómez Pinto, abogado, con domicilio en calle Ahumada 312, oficina 506, comuna y ciudad de Santiago, en representación de la parte demandante doña Carolina Andrea Infante Aravena, demanda que se interpone en contra de Zurich Santander Seguros de Vida S.A., representada por su gerente general el señor Herbert Phillips Rodríguez, ambos con domicilio en calle Bombero Ossa 1068, piso 4°, comuna y ciudad de Santiago, a objeto que sea condenada al cumplimiento del contrato de seguro y a pagar la indemnización de perjuicios a favor de su representada, con costas.

- Funda la demanda, en que su representada contrató con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. un seguro de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3 para créditos complementarios que consta en la Póliza N° 405, asignada con el número de operación de crédito 540000968140, en el que la asegurada es su representada y cuya cobertura se ajustó según las condiciones generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 09 128 y la Cláusula Adicional depositada en la SVS bajo el código CAD 2 09 130. Que, en consecuencia, su representada es asegurada y titular de esa Póliza N° 405 y, por lo mismo, es legitimada activa para demandar el seguro y los perjuicios que el incumplimiento de la demandada le ha ocasionado. Además, expone, que consta de la póliza de seguro de Desgravamen + ITP (invalidez total permanente) para créditos hipotecarios la Póliza Colectiva N° 423, asociada al crédito identificado como operación N° 500005289206, con fecha de inicio de cobertura 31 enero del año 2012 al 29 de diciembre 2015.

- Sostiene que el objeto de este juicio consiste en determinar si la decisión de la demandada, al rechazar la cobertura del seguro, se ajusta o no al riesgo asumido y al que se obligó cubrir por el monto total asegurado, para lo cual, señala, que en el mes de enero del año 2012 el Banco Santander Chile otorgó un crédito hipotecario con cargo al cual su representada compró el departamento 702, ubicado en la Torre A de Avda. Vicuña Mackenna 7735, de la comuna de La Florida, ciudad de Santiago, y que como es habitual en este tipo de operaciones se contrató un seguro de vida con cláusula adicional de invalidez, según consta en la póliza N° 405 emitida por la compañía Zurich-Santander Seguros de Vida S.A., cuya cobertura se ajustó según las condiciones generales registradas en el Depósito de Pólizas que lleva la Superintendencia de Valores y Seguros (SVS) bajo el código POL 2 09 128 y la Cláusula Adicional depositada en la SVS bajo el código CAD 2 09 130.

- Hace presente, que la invalidez total permanente que afecta la capacidad de su representada se encuentra acreditada mediante Resolución C.M.C. 6855/2015 dictada por la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones (S.P.), de fecha 16 de noviembre de 2015, confirmada por la Resolución C.M.C.1026/2016, de fecha 02 de febrero de 2016 y ejecutoriada con fecha 11 de marzo de 2016, que declaró a su representada con Invalidez Global del 69%, equivalente a Invalidez Total Permanente (sobre el 66,6% de pérdida de capacidad laboral), según diagnóstico de Esclerosis Múltiple; Alteración Visual y Trastorno Depresivo.

- Expone que, doña Carolina Infante Aravena, a fines del año 2012 comenzó a sufrir los primeros síntomas de su enfermedad de esclerosis múltiple, la que es de naturaleza neurodegenerativa y de origen autoinmune por causas desconocidas, que afecta en general el sistema nervioso central, médula espinal y el nervio óptico. Que los efectos autoinmunes de esta enfermedad, atacan y destruyen la vaina de mielina de las neuronas (cubierta grasa de los axones) y en el transcurso del tiempo esta enfermedad puede producir que los tejidos nerviosos se deterioren o dañen lo que explica su gravedad. Que la mielina se puede comparar con el recubrimiento de los cables eléctricos y si la mielina protectora, se llega a dañar y la fibra nerviosa queda expuesta, los mensajes enviados a través del nervio nervioso central son más nulos, lentos o se interrumpen.

- Agrega que en los adultos jóvenes, la esclerosis múltiple ocupa el primer puesto entre los trastornos neurológicos que causan incapacidad. Luego de ataques autoinmunes a la mielina, las lesiones que quedan en los axones se inflaman y sólo algunas cicatrizan. Que por ello la esclerosis múltiple es una enfermedad desmielinizante e inflamatoria.

- Expresa que los principales síntomas de la esclerosis múltiple varían en intensidad según la ubicación de las fibras nerviosas afectadas y se traducen en los siguientes: Entumecimiento o debilidad en una o más extremidades que aparecen en un costado del cuerpo a la vez, o en las piernas y el tronco; pérdida de visión parcial o completa, por lo general en un ojo a la vez, a menudo con dolor al mover el ojo; visión doble prolongada; hormigueo o dolor en distintas partes del cuerpo; sensaciones de choques eléctricos que se producen con ciertos movimientos del cuello, en especial, al inclinarlo hacia adelante (signo de Lhermitte); temblores, falta de coordinación o marcha inestable; balbuceo; fatiga; mareos; problemas con el funcionamiento de los intestinos y de la vejiga.

- Expone que, por lo anterior, la esclerosis múltiple es de aquellas enfermedades crónicas que no tiene una curación, que sea susceptible de vislumbrar una recuperación en el paciente, solo existen tratamientos médicos de la esclerosis que están enfocado más bien, en hacer más lento el avance de esta enfermedad y en tratar que los síntomas sean lo menos dañinos para la salud a fin de controlar y atenuar sus efectos en el transcurso del tiempo.

- Agrega que las personas con esclerosis múltiple normalmente arrastraran patologías que afectan su salud y que manifiestan en las siguientes dolencias: Rigidez muscular o espasmos; parálisis, por lo general en las piernas; problemas de funcionamiento sexual; cambios mentales, como olvido o cambios de humor; depresión; epilepsia.

- Manifiesta que en el mes de octubre de 2012 su representada comenzó a experimentar dificultad para caminar, pérdida de fuerza en las extremidades inferiores y falta de equilibrio. Que no podía desplazarse a pie las distancias que antes acostumbraba, ya que a mitad de camino las piernas le temblaban, comenzaba a tambalearse y en muchas ocasiones, las rodillas se le doblaban y sufría caídas. Que todo ello le resultaba inexplicable. Sin embargo, el sentido común le indicó que debía consultar a un traumatólogo y examinar sus rodillas. Que casi en paralelo comenzó a sentir una pérdida inexplicable de la agudeza de la visión, no pudiendo reconocer rostros a media cuadra de distancia. Esto lo

atribuyó a problemas de astigmatismo a miopía y acudió al oftalmólogo. Le recetaron lentes ópticos. Sin embargo, la visión no mejoraba.

- Afirma que en enero de 2013 tuvo un episodio de retención urinaria, no pudiendo orinar en un día completo, pese a tomar elevadas cantidades de líquido. Que, luego en 2013 las dificultades urinarias, con episodios de retención e incontinencia se hicieron más frecuentes. Consultó un urólogo, le hicieron una ecografía pre y post micción, le dijeron que todo estaba bien. Sin embargo, los episodios continuaron.

- Agrega que durante el año 2013 a los síntomas anteriores debe sumársele, problemas para dormir, dolores musculares y de las articulaciones, fatiga, cansancio extremo.

- Sostiene que, en definitiva, su representada consultó varios médicos y especialistas en traumatología ya que la resonancia magnética que se realizó en mayo del año 2013 arrojaba como resultado una hernia lumbar, pero el problema fue que su representada continuó sintiéndose cada vez peor y al mismo tiempo, comenzaba a perder las esperanzas y a sentirse cansada, frustrada y deprimida, lo que motivó a su representada a consultar un reumatólogo.

- Expone que en el mes de julio de 2013, comenzó a consultar a otros médicos y llegó donde un reumatólogo de la Clínica Indisa, quien le realizó varios exámenes y le indicó que desde su especialidad ella estaba bien. Sin embargo, le recomendó asistir donde un neurólogo especialista en enfermedades desmielinizantes, término desconocido para su representada, lo que causó sorpresa.

- Agrega que en el mes de agosto del año 2013, su representada consulta al Dr. Roque Villagra, especialista en neurología de la Clínica Indisa y luego de exhibirle el dossier de sus exámenes médicos, este neurólogo repara en la resonancia magnética de columna dorsal y lumbar realizada en mayo de 2013, y le detecta la presencia de lesiones desmielinizante e inflamatoria. Le solicita con urgencia una nueva resonancia pero magnética de cerebro para confirmación, la que su representada realiza a la brevedad y de cuyo resultado, le confirma y entrega a su representada el diagnóstico de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente con fecha 27 de agosto de 2013, fecha en que recién toma conocimiento oficial de su enfermedad.

- Expresa que el neurólogo Dr. Roque Villagra, realiza la notificación y facilita el trámite para derivación hacia el tratamiento por Plan Ges a la Isapre, y seguidamente su representada consulta en la Clínica Las Lilas a la neuróloga Dra. María Elena Trejo.

- Sostiene que de acuerdo al protocolo del Plan Ges, se confirma el diagnóstico de la enfermedad, con una Punción Lumbar (extracción de líquido céfalo raquídeo) para medir bandas oligoclonales. La confirmación es positiva y queda su representada en condiciones para iniciar su tratamiento. Que, sin embargo, de forma casi paralela al diagnóstico, en septiembre de 2013, su representada conoce la noticia del embarazo de su hijo menor y por expresa indicación médica, tuvo que retrasar el inicio de este tratamiento ya que era contraindicado para el embarazo y la lactancia. Que esto le causó una preocupación adicional a su representada, ya que además de no poder recibir tratamiento, el embarazo

fue considerado por los especialistas como un embarazo de alto riesgo, pudiendo correr peligro la vida de la madre y la de su hijo, hasta que llegó el día del nacimiento (21/04/2014) que gracias a que se adoptaron todas las indicaciones médicas, incluida la anestesia general, su representada tuvo a su hijo sin problemas.

- Afirma que luego del nacimiento de su hijo y por estricta indicación de la neuróloga tratante, su representada debió suspender la lactancia a los pocos días, y comenzó de inmediato su tratamiento, ya que su daño corporal y de salud se agravó durante todo el período del embarazo.

- Que, seguidamente, su representada comenzó a sufrir un clavario (sic) por las preocupaciones, angustias y sufrimiento al punto que no pudo volver a trabajar luego de su período de post natal comienza a presentar licencias médicas por su grave estado de salud por la esclerosis múltiple y depresión acentuada, ya que no estaba en condiciones de salud para retomar sus actividades. Agrega que durante todo el transcurso del tiempo en que estuvo con las licencias, tuvo que recurrir a toda clase de instancias ya que muchas de ellas fueron rechazadas. Sin embargo, luego de que su representada formulara sus descargos y asistiera a los peritajes médicos a los que fue citada, fueron todas las licencias aceptadas por la comisión médica respectiva y cubiertas por su Isapre.

- Expone que su representada en el mes de mayo del año 2014 comenzó a recibir el tratamiento entregado por el Plan Ges, llamado Avonex de manera intramuscular, que se realiza una vez por semana y que consiste en prevenir nuevos brotes o activaciones de la enfermedad de esclerosis. Los efectos secundarios de los interferones pueden ser síntomas similares a los de la influenza (fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares) y reacciones cutáneas en la zona de la inyección.

- Que, sin embargo, su representada sentía que su estado de salud empeoraba a lo largo de los meses, al punto que cada vez tenía menos fuerzas para desplazarse, por lo que no salía de su casa, su visión de ambos ojos comenzó a agravarse y en especial su ojo izquierdo quedó prácticamente sin visión, ya que no veía nada.

- Afirma que en el mes de septiembre de 2013 y en adelante, su depresión estaba desencadenada y le fueron suministrados varios fármacos antidepresivos y ansiolíticos, y su vida era un sufrimiento permanente, pues solo tenía el apoyo de su familia directa, pues su relación de pareja había terminado y como no podía vivir sola, tuvo que volver a vivir a la casa de su madre, quien ha sido su gran sostenedora y apoyo incondicional para sus dos hijos, pues la salud de su representada estaba muy deteriorada en todo sentido.

- Continúa exponiendo, que fue así que quedó en el recuerdo de su representada y su familia, esa persona feliz, exitosa, sana, vital que trabajaba de coordinadora de postgrado en la Facultad de Educación de la Universidad Central de Chile, con reconocimientos profesionales, y que con mucha entereza asumió con madurez su enfermedad estando prácticamente inmovilizada, encerrada en una pieza, sin poder ver a sus hijos producto de su ceguera y con un estado de depresión que era insostenible ya que su vida cambió radicalmente y no veía ninguna esperanza de vida.

- Agrega que, no obstante, en diciembre de 2015, su representada realiza averiguaciones para obtener otra opinión médica sobre su enfermedad de

esclerosis múltiple y consulta a la neuróloga de la Clínica Las Condes especialista en esta dolencia Dra. Jacqueline Scherprenisse, quien evalúa a su representada y que sus apreciaciones son lapidarias: se encontraba en un estado de avance su enfermedad y su recomendación fue realizar -con urgencia- cambio de tratamiento, pero antes sugiere una hospitalización lo antes posible para suministrar altas dosis de corticoides y lograr niveles inflamatorios desencadenados, que explicaban, por ejemplo, la pérdida casi total de su visión (inflamación del nervio óptico).

- Afirma que en diciembre de 2015 su representada suspende el tratamiento con Avonex e ingresa hospitalizada a la Clínica Las Condes, se le suministran 4 grs. de corticoides e inmediatamente se le administra el nuevo tratamiento para la Esclerosis Múltiple a cargo de la Doctora Jacqueline Scherprenisse, quien le suministra el medicamento denominado “Natalizumab” para bloquear el movimiento de células inmunitarias potencialmente nocivas desde el torrente sanguíneo hacia el cerebro y la médula espinal. Agrega que es un tratamiento biológico, por lo que no causa mayores efectos secundarios y se considera como tratamiento de “segunda línea”, es decir, para casos de curso más agresivo, como fue el de su representada. Que su valor es de \$2.000.000 la dosis, se inyecta una vez al mes y debe sumarse el costo por los días de hospitalización, ya que es de suministro intravenoso y bajo estricta supervisión médica.

- Expresa que respecto de los resultados del nuevo tratamiento y del cambio de especialista tratante, más las altas dosis de corticoides administradas en un comienzo, su representada experimenta una mejoría impensada para ella y su familia, ya que se logró atenuar la inflamación sistémica producto de los corticoides, recuperó parte importante de la visión de sus ojos, dejó de experimentar la falta de equilibrio que la hacía sufrir reiteradas caídas, comenzó a “sentir” las extremidades inferiores, que hasta ese entonces prácticamente no sentía y de a poco se comenzó a sentir mejor. Que para mayor refuerzo del nuevo tratamiento (Natalizumab) pues su enfermedad parecía estar controlada, a su representada se le agregó un tratamiento complementario en base a altas dosis de vitamina D3, E, C, biotina, neurobiontas, relajantes musculares, suplementos multivitamínicos y de minerales y terapia kinesiológica, el cual dio buenos resultados.

- Agrega que, de este modo, la enfermedad si bien no había desaparecido y los síntomas “estables” seguían permaneciendo, la vida de su representada comenzó a tener sentido, incluso disminuyó las dosis y dejó de tomar algunos remedios para su depresión, la que gracias a la evolución en el estado de salud, comenzó a tener una evolución también favorable, ya que logró comenzar a caminar y desplazarse sola aunque con dificultad y con el apoyo de un bastón, lo que ha sido para su representada prácticamente un milagro.

- Continúa exponiendo, que en el mes de abril del año 2016 su representada se reintegra a su trabajo a cargo de la Coordinación de Postgrado de la Facultad de Educación en la Universidad Central de Chile, labor que ha desarrollado de manera normal e ininterrumpida hasta la actualidad.

- Que hasta la fecha, la depresión de su representada se encuentra controlada mediante tratamiento, pero ante la evidente y notable mejoría de su esclerosis múltiple, los síntomas de la misma son mucho más suaves y toma una cantidad menor de fármacos y que complementa con el apoyo de psicoterapia.

- Manifiesta que, por una parte, se debe reconocer que, de algún modo, recuperó la vida que creyó había perdido por completo, pero sin embargo, el duelo de ser una persona sana hacía verse con una enfermedad crónica y sin cura, de la que no se sabe el estado en que se estará en unos años más, es un hecho muy difícil de aceptar, sobre todo para una persona joven, profesional, con hijos pequeños y con toda una vida por delante, que queda con sueños truncados y las esperanzas condicionadas a un incierto estado de salud. Que nada puede garantizar que el tratamiento seguirá siendo efectivo y en cualquier momento podría sobrevenir un brote tan agresivo, que la hiciera retroceder todo lo avanzado. Que la incertidumbre es parte importante de una enfermedad crónica, de causa desconocida y sobre todo, sin que exista un medicamento que pueda solucionar esta dolencia, de ahí que su representada ha de sobrellevar una carga importante de sufrimiento, angustia que explica su depresión a causa principal de la esclerosis múltiple.

- Agrega que con todo expuesto cabe preguntarse ¿podría decirse que su representada tenía depresión antes de la esclerosis múltiple? Afirma que la respuesta es de toda lógica, pues la depresión fue a consecuencia de la esclerosis múltiple. Pues resulta coherente que después de todo lo que ha vivido, sufrido y acontecido su representada, su depresión fue desencadenada como consecuencia de un período lleno de sufrimiento e incertidumbre producto del inicio de una enfermedad desconocida, que acontece de repente y destruye todos sus anhelos, sueños propios de una mujer joven, sana y que hasta ese entonces era normal.

- Expone que con fecha 07 de abril de 2016, su representada denunció a la compañía de seguros demandada el siniestro para requerir la cobertura por invalidez permanente, fundado en el diagnóstico clínico de su estado de salud a causa de la esclerosis múltiple, asignándose como número de siniestro 128956, cuya cobertura fue rechazada a pretexto que su representada habría omitido en su declaración de salud una supuesta preexistencia, entendiéndose por tales las descritas en la letra h) del artículo 5 de las condiciones generales de la póliza POL 2 09 128, basándose en un certificado del neurólogo Dr. Camilo Arriagada y que según la demandada, resulta aplicable el artículo 7 relativo a las Declaraciones Previas a la contratación del seguro o a la incorporación de los asegurados, del condicionado general inscrita en el registro de pólizas bajo el código POL 2 09 128 que señala: “Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la Compañía para estos fines. La veracidad de las declaraciones hechas por los Asegurados o por el Contratante, según sea el caso, en la propuesta o solicitud de incorporación al seguro, en sus documentos accesorios o complementarios, en el reconocimiento médico, cuando este corresponda o por cualquier otro medio, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades riesgosas por parte de un asegurado o del contratante, que pudieren influir en la apreciación del riesgo, o de cualquiera circunstancia que, conocida por la Compañía de Aseguradora, hubiere podido retraerla en la celebración del contrato o de incorporar a un Asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada, poner término anticipado a la cobertura para el o los asegurados de que se trate, y en todos estos casos retener el valor de la prima pagada”.

- Sostiene que la declaración personal de salud de su representada número 3121871 fue llenada por personal asignado por la propia compañía de seguros, en la que consta una descripción completa de su estado pasado y actual de salud, circunstancias esenciales que determinaron el riesgo que asumió la compañía de seguros y de aquellas que puedan constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Agrega, que en tal sentido su representada declaró que no había sido a esa fecha diagnosticada y no tenía conocimiento de tener una serie enfermedades, incluidas aquellas relativas a “desórdenes nerviosos o mentales”.

- Afirma que la declaración de su representada fue sincera y de buena fe, pues a la sazón, no tenía depresión y menos aún podría haber ocultado esta dolencia, si no padecía ningún síntoma por un cuadro depresivo, ya que éste se le diagnosticó a consecuencia de la esclerosis múltiple, que le fue diagnosticada en forma oficial el 27 de agosto del año 2013.

- Continúa exponiendo, que su representada cumplió con el artículo 9º del seguro colectivo según código POL 2 09 0128 relativos a la evaluación y liquidación de la cobertura, es decir, informó dentro del plazo de 90 días contados desde que se produjo la invalidez a la compañía de seguros y también proporcionó a la compañía de seguros todos los antecedentes médicos y exámenes que disponía en su poder, y también autorizó a la compañía de seguros para requerir de sus médicos tratantes todos los antecedentes para dar facilidad y someterse a los exámenes y pruebas de la compañía de seguros le solicitó a su representada para determinar la efectividad de la invalidez permanente dos tercios.

- Agrega que existe un claro incumplimiento de la compañía de seguros a su obligación de indemnizar, e incluso si tuvo dudas acerca del real estado de salud anterior y actual de su representada al día de la propuesta de seguro, bien pudo haber examinado a su representada acerca de su estado de salud y en especial, para saber si padecía un estado depresivo, pero la compañía de seguros ni siquiera solicitó algún antecedente, ni tampoco fue necesario efectuarle un examen o consulta con un psicólogo para saber si tenía depresión, precisamente porque a la sazón no tenía ningún síntoma depresivo y en caso que hubiese sido diligente, lo habría requerido, pero ni siquiera lo solicitó.

- Hace presente que no existe ningún antecedente que permita sustentar una base de preexistencia, pues apenas su representada comenzó a sufrir los primeros síntomas de su enfermedad fue diligente y consultó médicos que le diagnosticaron su enfermedad sometiéndose al tratamiento para enfrentar su dolencia.

- Manifiesta que la compañía aduce que su representada sufría depresión hace 8 o 10 años, hecho que no es efectivo, más bien obedece a meras suposiciones sin ninguna base clínica o diagnóstico médico que permita arribar a un hecho que no se ajusta a la realidad y si la compañía de seguros hubiese sido diligente, lo lógico era efectuar los exámenes de rigor que se requieren a quienes solicitan un crédito hipotecario a través de un banco comercial.

- Expone que con fecha 13 de mayo de 2016, la parte demandada se basa en el Informe de Liquidación, en el que señala: “De acuerdo con lo señalado, una de



las enfermedades que provoca la Invalidez de la Sra. Infante Aravena, y la cual tiene un mayor porcentaje de menoscabo, fue diagnosticada con anterioridad a la fecha de su incorporación a la póliza y por lo tanto es preexistente, situación que se encuentra expresamente excluida en la póliza. Es del caso señalar también que en la Declaración Personal de Salud (DPS), la Asegurada no declaró padecer patología alguna...". "En conclusión y según lo expuesto en los puntos precedentes, se ha determinado rechazar el presente siniestro, toda vez que la enfermedad que dio origen a la invalidez es preexistente y a la vez, debido a que hubo omisión de información relevante con respecto a su estado de salud al momento de la suscripción, no permitiendo a la Compañía evaluar el real estado de su salud, influenciando la apreciación del riesgo."

- Expresa que su representada, de acuerdo al procedimiento establecido para estos casos, ejerció su derecho de reclamar ante la compañía aseguradora, la que finalmente emitió su decisión final.

- Afirma que consta fecha 2 de septiembre de 2016, la compañía de seguros comunicó a la Superintendencia de Valores y Seguros la decisión final de no proceder a la cobertura de invalidez permanente 2/3, fundada en que la asegurada no declaró diagnóstico alguno, siendo la patología no declarada determinante para la evaluación del riesgo asegurado, así como tampoco declaró todas aquellas circunstancias relativas a su estado de salud que podían afectar el riesgo asumido por la compañía y que podrían constituir restricción, limitación o exclusión de cobertura. Que es por esto que la demandada funda su decisión final en que no pudo ser evaluado el estado real de salud de la asegurada.

- Sostiene que los argumentos esgrimidos por la compañía demandada para rechazar la cobertura de la póliza, carecen en absoluto de sustento si se advierte que consta en la declaración personal de salud de su representada que señaló no tener conocimiento de una serie de enfermedades, ninguna de las cuales han sido objeto del rechazo de la cobertura. Más aún, incluso en la misma propuesta de seguro su representada autorizó expresamente a la aseguradora, conforme al artículo 61 del DFL 251, para requerir, a las más diversas entidades, antecedentes adicionales sobre su estado de salud para que proporcionen a la compañía todos los datos o antecedentes clínicos que tengan o hayan conocido con motivo de haber prestado atención o servicio de salud, con el objeto que la aseguradora pudiera evaluar la solicitud de propuesta o la procedencia del pago del siniestro y en cualquier momento en que aquella lo considere necesario, incluida la voluntad de relevar a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen a la aseguradora la información que se les solicite, facultando expresamente a la compañía para hacer uso de sus datos personales y, en especial, efectuar el tratamiento de dichos datos, consintiendo en que tenga acceso al contenido o copias de recetas médicas, análisis, o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud.

- Agrega que un análisis más preciso de los antecedentes en que se funda el rechazo de la cobertura, lleva ineludiblemente a la conclusión que su representada no fue diagnosticada por un cuadro depresivo al momento de contratar la póliza y que, en caso de haberla padecido a esa época, no tenía como saberlo, ya que no presentaba ningún síntoma depresivo, además su cuadro depresivo fue diagnosticado con posterioridad a la contratación del seguro, por lo que no existe en la especie una causal de exclusión de la

cobertura, por lo que jurídicamente ha de estarse a la fecha en que fue diagnosticada por el cuadro depresivo que como se sabe fue durante la vigencia de la póliza y que ha sido a consecuencia de su enfermedad neurodegenerativa y crónica de esclerosis múltiple, diagnosticada en 2013.

- Continúa exponiendo, que resulta improcedente y carece de sustento que la compañía de seguros funde su rechazo a la cobertura aduciendo que su representada pudo haber evaluado su real estado de salud al momento de contratar la póliza. Que el deber precontractual en la declaración de salud de su representada fue sincero, de buena fe y se ajustó a su real estado de salud a esa época, y si la compañía de seguros constató que su estado de salud era normal, no fue necesario requerir exámenes médicos previos a la emisión de la póliza del seguro, más todavía si no presentaba ningún síntoma de cuadro depresivo a la época de contratar el seguro. Que el Dictamen de Invalidez Permanente 2/3 fue a contar del 29 de diciembre del año 2015 y la compañía de seguros emitió un informe de liquidación con fecha 16 de mayo del año 2016 que fue favorable a su representada según póliza 442 de vigencia de 13 agosto 2013 al 29 de diciembre 2015, hecho que la propia compañía de seguro aprobó. Que existe una clara inconsistencia de parte de la compañía de seguros, ya que por una declara que su representada “cumplió con todas las obligaciones que establece el contrato, para tener derecho a la indemnización reclamada, sin que a su respecto le resulte aplicable exclusión alguna” y ahora pretende excusarse aduciendo una inexistente preexistencia, de manera que no guarda correspondencia y armonía su rechazo a la cobertura reclamada.

- Agrega que consta en la declaración que su representada autorizó expresamente a la compañía aseguradora, para recabar toda la información y/o antecedentes que le permitieran evaluar el real estado de salud de aquella, incluso al extremo de renunciar al “secreto médico”. Que por lo mismo, la compañía de seguros perfectamente pudo efectuar las indagaciones y consultas en las diferentes bases de datos de establecimientos de salud y consultar a profesionales especialistas que examinaran a su representada y si no hizo nada, fue porque ambas partes tenían conocimiento que su representada no presentaba ningún síntoma de un cuadro depresivo.

- Señala que la primera vez que su representada consultó un médico especialista para que evaluara su estado de salud por los síntomas de cuadro depresivo fue a consecuencia de la esclerosis múltiple y en consecuencia, no es posible determinar clínicamente con certeza desde cuándo comienza a gestarse el cuadro depresivo, a menos que sea el médico tratante que haya atendido a una paciente por un período determinado de tiempo. Que lo que sí puede diagnosticarse es algún grado de aproximación temporal y que normalmente se fundamenta en antecedentes clínicos concretos que el profesional ha tenido en vista al momento de emitir su diagnóstico. Que confirma lo anterior, el hecho que la primera vez que su representada consultó un psiquiatra fue en octubre del año 2012 (cuando ya experimentaba la angustia de no saber qué le pasaba y no encontrar respuestas médicas) y su primera licencia médica por depresión fue en septiembre del año 2013, es decir, muy posterior a la fecha de la declaración de salud y fue debido al diagnóstico de esclerosis múltiple, sumado a que se encontraba embarazada de alto riesgo y sin poder recibir un tratamiento adecuado para la esclerosis múltiple. Que a esas alturas y con estos hechos, era esperable comenzar a sufrir depresión.

- Sostiene que el hecho de que la compañía demandada rechace la cobertura contratada en base a la temeraria afirmación de un médico, quien señala una prevalencia del cuadro depresivo hace 10 años, no guarda consistencia y armonía con los estándares de la ciencia médica y, a lo menos, ha debido realizar las indagaciones pertinentes, que definitivamente nunca realizó, ni mostró interés en hacer, precisamente porque tal circunstancia le permitía excusarse de dar fiel y estricto cumplimiento a la póliza contratada.

- Manifiesta que la denominada “preexistencia” alegada por Zurich-Santander Seguros de Vida S.A., no puede, ni debe ser considerada, ya que carece de sustento, si se advierte que no existe ningún antecedente que permita darle valor a una afirmación simple y mera suposición al decir que el trastorno depresivo tenía una data de 10 años.

- Agrega que de los hechos expuestos queda de manifiesto que el nervio y sustancia del presente juicio radica precisamente en declarar, por la vía jurisdiccional, si procede o no acoger el argumento de la preexistencia alegada por la demandada, adelantando desde ya que su parte la rechaza, pues la enfermedad de depresión fue diagnosticada con posterioridad a la declaración de salud expuesta en la propuesta de seguro y si la compañía de seguros no fue diligente al requerir informes médicos para examinar a su representada, procede estarse a la fecha en que fue diagnosticada la enfermedad de depresión (septiembre de 2013), que es muy posterior a la emisión de la póliza.

- En cuanto al derecho, el actor expone que el Contrato de Seguro es aquel en que se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima. Queda así el asegurador obligado a indemnizar el daño que sufre el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.

- Sostiene que el riesgo que asumió la compañía de seguros de acuerdo a la póliza bajo el código CAD 2 09 130, expresamente contempla la cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios y consagra para efectos de la determinación de la cobertura según el artículo primero, que la enfermedad que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de la invalidez que se indique en el respectivo dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido en el D.L. 3.500 de 1980. Que dicho artículo primero agrega, que en caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional señalado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la compañía aseguradora.

- Afirma que la invalidez permanente de su representada fue declarada por medio del Dictamen de la Superintendencia de Pensiones, Resolución C.M.C. 6855/2015, de fecha 16 de noviembre de 2015, que en lo que interesa declara: Invalidez Global de 69%, equivalente a Invalidez Total Permanente (sobre el 66,6% de pérdida de capacidad laboral).

- Agrega que ha de entenderse conforme al artículo 2 letra a) de la póliza citada, por invalidez permanente dos tercios, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de una enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales, de al menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el Decreto Ley (D.L.) N° 3.500 del año 1980.

- Expresa que consta de la póliza de seguro que el capital asegurado corresponde al porcentaje asegurado sobre el saldo insoluto del crédito a la fecha del fallecimiento o invalidez total y permanente 2/3 de su representada, cuya cobertura consta según CAD 2 09 130 y que deberá ser pagada por la compañía de seguros, siempre que se cumplan las siguientes condiciones: a) Que la cobertura para dicho seguro esté vigente; b) Que la invalidez permanente 2/3 se produzca antes que el asegurado cumpla los 65 años de edad; c) Que la invalidez permanente 2/3 sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional; d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas de cobertura en las condiciones generales de la póliza o en el artículo 3° de la misma.

- Expone que en cuanto al monto total asegurado, la póliza establece un parámetro cuyos tramos van de 0 a 3000 UF; de 3000 a 8000 UF; de 88001 (sic) a 20.000 UF y mayor a 20.001 UF, que distingue en todos estos casos si el asegurado es igual o mayor a 54 años de edad. Que en la especie su representada es menor de 54 años, por lo que el tramo que le corresponde de indemnización corresponde a aquel hasta 3.000 unidades de fomento.

- Agrega que no existe preexistencia, y el fundamento del rechazo de la cobertura, se basa en supuestos que carecen de sustento, pues su representada comenzó a sufrir su depresión a consecuencia de la enfermedad de esclerosis múltiple, de manera que la compañía de seguros debe cubrir el riesgo que asumió, desde que se denunció el siniestro o bien desde la fecha en que se declaró por resolución ejecutoriada su invalidez total permanente.

- Sostiene que el artículo 1564 del Código Civil es claro en señalar como regla de interpretación de los contratos bilaterales que “las cláusulas de un contrato se interpretarán unas con otras, dándoseles a cada una el sentido que mejor convenga al contrato en su totalidad”, de manera que la declaración de salud efectuada en la propuesta de seguros ha de incorporarse al contrato de seguro y una correcta interpretación de dicha declaración, permite concluir que era responsabilidad de la compañía de seguros consultar a su representada si había sufrido una depresión, lo que no hizo, y en caso que se lo hubiese preguntado, la respuesta habría sido negativa, pues su representada jamás tuvo a esa fecha ningún episodio o síntoma de la depresión que ahora alega la compañía como preexistencia. Que tampoco la compañía de seguros adoptó medidas del caso, para cerciorarse por todos los medios a su alcance de examinar a su representada o efectuar un control médico a cargo de un especialista neurólogo para determinar si su representada padecía de la depresión.

- Que el artículo 1562 del Código Civil establece una regla específica de interpretación lógica de los contratos, al señalar que “El sentido en que una cláusula puede producir algún efecto, deberá preferirse a aquel en que no sea capaz de producir efecto alguno”, por lo que en caso de duda acerca de la buena fe de su representada en su declaración de salud, ha de estarse a su real voluntad manifestada descrita en el sentido de no sufrir “desórdenes nerviosos o mentales”, pues no podría generalizarse esta patología a una enfermedad concreta como es la depresión, de manera que conforme a la norma citada, ha de preferirse a aquella que no sea capaz de producir el efecto que utiliza como excusa la compañía de seguros para incluir la depresión en la generalización relativa a desórdenes nerviosos o mentales.

- Agrega que conforme a lo dispuesto en el art. 1563 del Código Civil, que dice “En aquellos casos en que no apareciere voluntad contraria deberá estarse a la interpretación que mejor cadre (sic) con la naturaleza del contrato”, por lo que cabe destacar que el asegurado tratándose de los contratos de seguros está obligado sólo a declarar las circunstancias que conoce y si una circunstancia no es conocida por el asegurado, no comete ninguna falta en su declaración, de ahí que la interpretación que mejor cuadra en el contrato de seguros es precisamente es el deber de indemnizar que pesa en contra de la compañía de seguros, pues no existe preexistencia que sirva de excusa para negar la cobertura.

- Sostiene que refuerza esta regla de interpretación de los contratos si se advierte que siendo la compañía de seguros quien ha redactado la declaración de salud, es la ley la que interpreta dicha cláusula en contra de la compañía de seguros, por aplicación de lo dispuesto en el artículo 1566 del Código Civil que señala en su inciso segundo que: “Pero las cláusulas ambiguas que hayan sido extendidas o dictadas por una de las partes, sea acreedora o deudora, se interpretarán contra ella, siempre que la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debido darse por ella”.

- Afirma que lo anterior guarda correspondencia y armonía con lo dispuesto en el artículo 525 inciso final del Código de Comercio, al señalar que los remedios que proceden en el caso de una declaración del riesgo incompleta o defectuosa “no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos”, pues si ahora alega que su representada tenía depresión a la época de efectuar la propuesta, lo lógico era examinar a su representada, hecho que no lo hizo, por lo que no puede ahora, ocurrido el siniestro declarado por resolución ejecutoriada pretender rechazar la cobertura por su propia negligencia de no efectuar el examen de salud de su representada, prueba de lo anterior, es que no le requirió nada y le limitó solo a transcribir su declaración precontractual, cumpliendo la asegurada con su obligación de declarar sinceramente las circunstancias que permitieron a la compañía de seguros apreciar la extensión del riesgo.

- Expone que en cuanto a la naturaleza de la acción de cumplimiento de contrato, es procedente conforme a las reglas generales del derecho, pues de conformidad a lo dispuesto en el artículo 1489 del Código Civil, que dice: “En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”, en relación a lo dispuesto en el artículo 1545 del Código Civil que señala “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”.

- Agrega que conforme a lo dispuesto en el art. 28 del Decreto Supremo 1055 del Ministerio de Hacienda de fecha 17 de agosto del año 1912 que regula la normativa relativa del procedimiento de liquidación, en su numeral quinto del informe de liquidación debe contener, a lo menos, una opinión técnica fundada en la procedencia de la cobertura y determinación de la pérdida y de la indemnización si procede, señalando el valor real del bien asegurado y explicando el procedimiento, como así también los criterios y

parámetros específicos empleados. Requisito que, sostiene, no se cumple.

- Expresa que en cuanto a los perjuicios demandados, conforme lo dispone el artículo 1556 del Código Civil la indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y el lucro cesante, ya provengan de haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente o de haberse retardado en el cumplimiento. Que, a su vez, la jurisprudencia se ha inclinado en forma favorable para acoger el daño moral en materia contractual, el cual cobra especial interés, tratándose de su representada que de buena fe contrató un seguro de salud, cuyos costos han superado su capacidad de pago, de ahí que la compañía de seguros al negarse a cubrir el riesgo, ha causado daño moral que debe indemnizar, y que se manifiestan por la aflicción, sufrimiento, desgano, dolor que le ha causado a su representada su delicado estado de salud y la forma como se ha comportado con su representada, al pretender bajo toda excusa evitar que se declarase la invalidez (sic) total de su representada efectuando reclamos ante la comisión médica sin lograr el resultado que por ella esperaba, precisamente para no cubrir la cobertura, y que aún así, luego que declaró la invalidez total permanente se ha negado en forma arbitraria, injusta e ilegal a cubrir la indemnización, por lo que procede con justa causa indemnizar también el daño moral a su representada, de ahí que no es irrelevante para una persona enferma como su representada que se frustre su esperanza de vida, y además, se vea en la necesidad de enfrentar la aflicción que hoy está sufriendo por la negativa de la compañía de seguros a pagar la indemnización. Que la demandada se ha negado a dar protección a su representada, obligación que se encuentra incumplida, hecho que causa este daño moral que justifica la pretensión por este solo concepto y que asciende a la suma que se avalúa en la cantidad de \$80.000.000, más el monto por concepto de daño emergente que se demanda por la suma de UF 1.938, equivalente a \$53.704.596, considerando la deuda hipotecaria al día del siniestro y el valor de la unidad de fomento al día 26 de diciembre 2018 que asciende a \$27.711,35 y en subsidio se calcule esta cuantía al día de la notificación de la demanda o la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia, según se resuelva en definitiva.

- Expone que la cuantía total de la demanda asciende a \$133.704.596, más los intereses máximos convencionales sobre las sumas demandadas y que se devenguen desde la fecha en que se comunica a su representada el rechazo a la cobertura o en subsidio, desde la fecha en que se notifica esta demanda o en subsidio, desde que la sentencia quede ejecutoriada, según se resuelva en definitiva.

- Finalmente, el actor, en la parte petitoria, solicita tener por interpuesta demanda de cumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios en contra de Zurich-Santander Seguros de Vida S.A. y, en definitiva, que se acoja la demanda de cumplimiento del contrato de seguro, que se ordene la procedencia de la cobertura y que sea condenada la demandada a pagar a su representada la suma total de \$133.704.596.-, más intereses legales y con expresa condenación en costas.

7°- A fojas 97 se tuvo por interpuesta la demanda y se dio traslado para contestar.

**8°- Contestación de Demanda:** A fojas 98 consta que don Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch, abogado, y don Nicolás Poklepovic Zegers, abogado, ambos en representación de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.,

contestan la demanda interpuesta por la señora Carolina Andrea Infante Aravena en contra de su representada la aseguradora Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., solicitando sea rechazada en todas sus partes con expresa condenación en costas.

- Como cuestión previa, la demandada hace presente: 1.- Que el presente juicio tiene por objeto resolver las diferencias y dificultades existentes entre las partes con motivo del seguro de desgravamen e invalidez para crédito hipotecario que la demandante contrató con la demandada. Que la contraria al solicitar la designación del SJA fundó su petición en la cláusula N°17 de las Condiciones Generales código POL 2 09 128, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, aplicables a la póliza de seguro colectivo de desgravamen e invalidez N° 423. Que en la audiencia destinada a fijar las Reglas de Procedimiento de fecha 6 (sic) de noviembre de 2018, las partes de común acuerdo suspendieron el procedimiento por el plazo de 10 días con el objeto de que Zurich Santander acompañara copia del mandato judicial conferido a los abogados patrocinantes como asimismo de la póliza materia del presente arbitraje. Que esa parte acompañó, dentro del referido plazo, las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro Colectivo de desgravamen e invalidez total y permanente dos tercios N° 423, misma que había acompañado la contraria en los autos rol 6634-2017 del 18° Juzgado Civil de Santiago, sobre solicitud de arbitraje al fundar su petición para la designación del Señor Juez Árbitro. Que en tales términos, la controversia de autos se enmarca exclusivamente en conocer y resolver las diferencias y dificultades que las partes del presente arbitraje tengan en relación a la póliza de seguro colectivo N°423 celebrada entre ellas. 2.- Que el asegurado demandante se incorporó a la póliza N° 423 al otorgársele el crédito hipotecario por parte del Banco el día 31 de enero del año 2012. Que la póliza colectiva N°423 a la que se incorporó el demandante se había contratado con anterioridad a esa fecha. Que a esa póliza, por lo tanto, se le entienden incorporadas las leyes vigentes al tiempo de su celebración, contempladas principalmente en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio. Que la ley 20.667 que reformó el Título VIII del Libro II del Código de Comercio solo empezó a regir a partir del 1 de diciembre de 2013 incorporándose a los contratos nuevos celebrados a partir de esa fecha. Que de esa forma, la legislación aplicable al contrato de marras es la contenida en el Código de Comercio vigente antes de la reforma introducida por la ley 20.667, legislación que se debe considerar al fallar la controversia de autos.

- A continuación, la demandada opone la excepción de falta de legitimación activa, señalando que la petición concreta que la demandante somete al fallo del tribunal y que ha consignado en la conclusión de su libelo, consiste en que se ordene la procedencia de la cobertura y se condene a la aseguradora demandada a pagar directamente a la señora Carolina Andrea Infante Aravena, la suma de \$133.704.596 más intereses y costas, suma que incluye \$53.704.596 por concepto de daño emergente, más \$80.000.000 por daño moral.

- Afirma la demandada, que la Póliza N°423 establece que el capital asegurado establecido en la póliza para el caso de fallecimiento, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Contratante del Seguro principal en caso de invalidez permanente dos tercios del asegurado, en la medida que concurren las condiciones establecidas para ello. (Artículo N°1 Cobertura. Cláusula adicional CAD 2 09 130).

- Expone la demandada, que el contratante del seguro de desgravamen es el Banco Santander, quién conforme a la cláusula citada, tiene el carácter de beneficiario de la indemnización en caso de invalidez total y permanente dos tercios del asegurado.

- Agrega que la institución del beneficiario en el contrato de seguro proviene de la estipulación a favor de otro contemplada en el artículo 1.449 del Código Civil, en virtud del cual “Cualquiera puede estipular a favor de una tercera persona, aunque no tenga derecho para representarla, pero solo esta tercera persona podrá demandar lo estipulado...”.

- Sostiene que en ese mismo sentido la ley 20.667 al modificar el Código de Comercio confirmó lo dispuesto en el artículo 1.449 del Código Civil al introducir el nuevo artículo 513 letra c) al Título VIII del Libro II del Código de Comercio, señalando que “Beneficiario” es “el que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro”.

- Señala que la demandante, que tiene solo la calidad de asegurado, pero no de beneficiaria del seguro, carece de título y no puede demandar para sí el pago de la indemnización que reclama. Que solamente le asiste el derecho a reclamar el cumplimiento del contrato solicitando su pago en favor del beneficiario de la póliza, en este caso, el Banco Santander. Que, sin embargo, no fue esa la petición concreta que la demandante sometió al Señor Juez Árbitro, sino que reclamó la indemnización en su propio favor, y al no ser beneficiaria de la póliza carece por completo en estos autos de legitimidad activa para demandar la indemnización del seguro en su propio beneficio. A continuación, cita doctrina y jurisprudencia en apoyo de su tesis.

- Expone la demandada, que en los términos en que se ha ejercido la acción de cumplimiento forzado del contrato por parte del demandante de autos, ésta no puede prosperar, toda vez que de concederse la indemnización en favor del propio demandante, se estaría avalando una infracción a los términos del contrato, válidamente consentido, y con ello produciendo un enriquecimiento injusto y sin causa. Que concediéndole la indemnización a la demandante, se estaría permitiendo que éste incrementara su patrimonio, afectando directamente el patrimonio del beneficiario a cuyo favor se estipuló el pago de la indemnización en caso de invalidez del asegurado, derecho que ha nacido en éste de manera original y no derivativa con la estipulación a su favor. Manifiesta que la demanda debe ser desestimada toda vez que el demandante carece del derecho a demandar para sí el pago de la indemnización en caso de siniestro de invalidez, derecho que solo le asiste al beneficiario de la póliza, esto es, al Banco Santander.

- Termina señalando que el asegurado demandante debió exigir el cumplimiento de la obligación estipulada en favor del Banco beneficiario, acción que no dedujo en estos autos razón suficiente para desestimar su acción y rechazar su pretensión indemnizatoria.

- En subsidio de la excepción de falta de legitimación activa, la demandada solicita se rechace la demanda de autos en razón de ser improcedente el pago del seguro, toda vez que concurren causales que liberan al asegurador de cumplir con su obligación indemnizatoria.



- Expone que el artículo 1.552 del Código Civil exime del cumplimiento del contrato bilateral cuando la otra parte no ha cumplido por su parte las obligaciones contractuales. Que el artículo 556 N°1 del Código de Comercio, previo a la reforma de la ley 20.667 y aplicable a este caso, impone al asegurado la obligación contractual de declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos. Que el artículo 557 del mismo Código, sanciona el incumplimiento de esta norma con la resolución del contrato y libera al asegurador de su obligación indemnizatoria.

- Agrega que la contraria incumplió el deber de declarar sinceramente todas las circunstancias del riesgo y de su extensión, impidiendo al asegurador realizar una correcta y acertada evaluación del riesgo al asumirlo por su cuenta y cargo. Que las alegaciones de la contraria en este sentido son infundadas y alejadas completamente de la verdad de los hechos. Que no es cierto que el asegurado desconociera al tiempo de su incorporación a la póliza N°423, que padecía de una depresión que más tarde incidió fuertemente en la declaración de invalidez que emitió la Comisión Médica Central.

- Señala la demandada que, al solicitar su incorporación al seguro de la póliza N°423, el asegurado presentó una solicitud de seguro donde aceptó y declaró que era su deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a su estado pasado y actual de salud que pudieran afectar el riesgo que asumía la Compañía Aseguradora. Que expresamente señaló en su declaración personal de salud, DPS, que no tenía enfermedades pese a que se le preguntó si a esa fecha tenía conocimiento o había sido diagnosticado de diversas enfermedades, entre las cuales se le consultó sobre desórdenes mentales, los que incluyen la depresión.

- Afirma que la infracción a su deber de sinceridad quedó en evidencia toda vez que en diversos documentos médicos se afirmó y dejó constancia que la depresión que padecía era de larga data y había sido objeto de diversos tratamientos.

- Expone que en el Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez, folio N° 038548 que suscribió el doctor Norberto Contente Guazzotti - médico tratante de la demandante - para efectos de la evaluación de la invalidez por parte del sistema de pensiones, este médico expresamente señaló que el impedimento o invalidez que afectaba al demandante se configuraba por 5 diagnósticos, de los cuales cuatro eran trastornos o desórdenes mentales. Que esto desórdenes mentales eran (i) Trastorno depresivo mayor recurrente severo; (ii) trastorno de ansiedad generalizada; (iii) trastorno límite de personalidad; y (iv) trastorno de conducta. Que lo más relevante de este certificado, es que el mismo doctor señalaba que la fecha de inicio de la patología y el tiempo de evolución de la enfermedad o impedimento era de 10 años antes. Agrega que como este certificado es del año 2015, la patología se conocía según indica el doctor Contente, desde el año 2005.

- Manifiesta que en la epicrisis e indicaciones para el Alta emitido con fecha 17 de diciembre de 2015, la médico tratante, neuróloga Jaqueline Scherpenisse Infante, señalaba en el resumen de la hospitalización que la señora Carolina Andrea Infante Aravena presentaba un cuadro depresivo desde hace ocho años con múltiples terapias. Agregaba que la paciente había sido evaluada por el doctor Arriagada.

- Afirma que en este mismo sentido, el doctor Norberto Contente Guazzotti, médico psiquiatra, con fecha 29 de enero de 2016, apelando al dictamen de invalidez emitido por la Comisión Médica pertinente, solicitaba la reevaluación del dictamen de invalidez pronunciado por la Comisión, argumentando que éste no había considerado elementos relevantes para determinar la disfuncionalidad del paciente, señalando entre otros elementos, que en la evaluación psiquiátrica no se había considerado la sintomatología actual y vulnerabilidad de la paciente señora Infante a futuras descompensaciones, asociado al hecho de padecer rasgos de personalidad vulnerables e “historia” de padecimientos” psiquiátricos floridos y muy sintomáticos.

- Continúa exponiendo la demandada, que con anterioridad, el 26 de octubre de 2015, el mismo doctor fundó una apelación al dictamen de invalidez de la Comisión Médica de Santiago, señalando que el grado de deterioro funcional de la señora Infante era mayor al indicado por la Comisión Médica puesto que no se había considerado en la evaluación médica realizada por el COMPIN, el grado de funcionalidad de su patología psiquiátrica, los diagnósticos psiquiátricos y el hecho que la demandante debía mantenerse por medicamentos psiquiátricos en forma crónica, haciéndola aún más vulnerable.

- Señala que el mismo doctor Contente con fecha 22 de abril de 2015 certificó que estaba atendiendo a la señora Infante hace 6 años por cuadro de la especialidad consistente en (i) Episodio Depresivo Mayor Severo Recurrente; (ii) Trastorno de ansiedad generalizado con crisis de pánico; y (iii) estrés laboral y psicosocial severo. Sostiene que nuevamente los desórdenes mentales que padecía la demandante, se remontan, según esta declaración, al menos al año 2009, fecha anterior a la contratación del seguro.

- Agrega que esta afirmación de su médico psiquiatra tratante no deja lugar a dudas que los trastornos mentales de la asegurada tienen larga data, fueron conocidos de la demandante y, por lo mismo, omitidos al asegurador al celebrar el contrato de seguro, infringiendo con ello la obligación de sinceridad establecida en el artículo 556 N°1 del Código de Comercio aplicable a la póliza 423.

- Manifiesta que el doctor Camilo Arriagada Ríos, neurólogo, en noviembre de 2015 luego de la consulta que le hizo el 25 de noviembre de 2015, señaló que la señora Infante presentaba una depresión mayor prolongada por más de 8 años de evolución poco asequible a plurimedicación. Agregaba que la demandante padecía de una depresión parcialmente refractaria de más de 8 años tratada con antidepresivos.

- Afirma la demandada que la invalidez que la Comisión Médica Central determinó a partir del 29 de diciembre de 2015, tuvo en vista tres causales, la esclerosis múltiple, la alteración visual y el trastorno depresivo. Que el siniestro de invalidez, por lo tanto, tuvo como antecedente relevante el trastorno depresivo que la demandante conocía desde al menos el año 2009, aunque de los antecedentes citados puede estimarse que es desde el año 2005. Que si la Compañía consultó sobre estas enfermedades en la declaración personal de salud, fue porque dada su experiencia en riesgos de este tipo, sabe que los trastornos mentales o desórdenes mentales constituyen un factor de riesgo mayor y relevante tanto frente al fallecimiento como a la invalidez, que influye

por tanto, en la aceptación del riesgo y en la forma como lo asumirá el asegurador.

- Señala que la omisión o reticencia de información de un padecimiento de estas características es extremadamente relevante pues incide directamente en el equilibrio de las prestaciones de las partes bajo el contrato de seguro, puesto que, mientras el asegurador acepta asegurar a una persona sana, el asegurado sabe que no lo es y, por tanto, no transfiere el riesgo efectivo que representa. Bajo esas circunstancias la prima que cobró el asegurador corresponde a un riesgo menos probable de ocurrir de lo que realmente era. Que la mejor comprobación del incremento del riesgo de invalidez que conllevaba la depresión, es que en los hechos el asegurado finalmente terminó siendo declarado inválido y se produjo el siniestro, tal como hacía prever el historial médico del asegurado. Manifiesta que es tan innegable lo anterior, que fueron sus propios médicos tratantes los que expusieron estos antecedentes a la Comisión Médica Central para establecer el grado real de invalidez que presentaba y decretar así, que la invalidez era total y permanente. Que la aseguradora desconoció ese historial al asumir el riesgo del asegurado y que en razón de dicha involuntaria ignorancia estuvo dispuesta a otorgar la cobertura de invalidez además de la normal y estándar cobertura de vida. Que no presentía siquiera ni tenía como sentirlo, que estaba frente a un riesgo expuesto y altamente probable de ocurrir.

- Continúa exponiendo la demandada, que no es un argumento serio aquel que esgrime la contraria consistente a traspasar al asegurador el deber de constatar e informarse acerca del riesgo que se le traspasa. Esto por diversas razones.

a.- El contrato objeto de esta controversia se rige en plenitud por las disposiciones del Código de Comercio vigentes al tiempo de su celebración, esto es, anteriores a la reforma introducida por la ley 20.667. Que conforme a tales normas, constituye una “obligación” del asegurado declarar sinceramente acerca de todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión del riesgo, sin que exista obligación del asegurador en tal sentido. Que con la reforma al Código del Comercio del año 2013, no se suprimió tal obligación de la asegurada, pero se precisó en el sentido de señalar que la declaración sincera se refería a aquella información consultada por el asegurador. Que en el caso de autos, el asegurado debía informar por sí mismo las circunstancias del riesgo y, en todo caso, el asegurador consultó sobre el conocimiento o diagnóstico de padecimientos relativos a desórdenes mentales. Que como quiera que sea la legislación aplicable, el asegurador cumplió su obligación mientras que el asegurado omitió información relevante de la que tenía claro conocimiento. Que cualquiera sea la legislación aplicable, el principio de buena fe, altamente relevante en el contrato de seguro, siempre debe ser respetado por las partes de una póliza.

b.- Que en el mismo sentido anterior, la póliza indica cuáles son los requisitos para ser asegurables bajo el seguro de desgravamen e invalidez conforme sea el monto del crédito otorgado por el Banco y la edad del asegurado al tiempo de su otorgamiento. Que en el caso de la asegurada demandante solo se exigía que presentase la declaración personal de salud, debidamente respondida, requerimiento que cumplió pero sin la información exacta y efectiva sobre su real estado de salud. Que no se indica en la póliza que el asegurador deba indagar sobre el riesgo del asegurado ni menos que le asiste el deber de solicitar exámenes u otras medidas para establecer el estado de salud del asegurado. Que tales requerimientos proceden en créditos hipotecarios de más

altos montos o en el caso de cúmulo de riesgos cuando se contratan varios créditos hipotecarios, cuyo no es el caso.

c.- Que se exija al asegurador investigar el riesgo del asegurado para despejar toda duda acerca de su historia clínica es un despropósito y una carga imposible de cumplir. Que si el asegurador tiene a su cargo indagar sobre el real estado de salud del asegurado, quien por lo demás, es el único que conoce cabalmente el riesgo de su propia salud, significaría exigirle al asegurador que investigue en todas las clínicas y hospitales así como en todas las consultas médicas, si el asegurado fue atendido o tratado además de obligarlo a realizar una multiplicidad de exámenes al potencial asegurado para descartar todo tipo de enfermedades. Que tal pretensión es absurda, extremadamente cara y demoraría enormemente la contratación de seguros para créditos hipotecarios, con la consecuencia directa e inevitable en el aumento de las primas. Que no es esta la obligación del asegurador ni tampoco aquella que la reforma pretendió imponerle.

c.- Que de otro lado, la autorización que el asegurado entregó al asegurador en la solicitud de incorporación al seguro y declaración personal de salud, dice relación con una facultad entregada para poder realizar la liquidación del siniestro y poder determinar las circunstancias del mismo, en atención a las restricciones legales que existen para que terceros distintos a los pacientes consulten los antecedentes médicos del asegurado.

- Agrega que lo cierto y preciso es que el asegurado contrató el seguro de autos con pleno conocimiento de padecer depresión por un largo período de tiempo, que no informó al asegurado (sic) sobre dicha condición de salud mental y que esta condición fue un elemento de juicio que los propios médicos tratantes del asegurado requirieron a las Comisiones Médicas para declarar su invalidez total al trabajo.

- Expone la demandada, que la contraria argumenta en favor de su demanda, que la conducta de la Compañía es contradictoria pues habría aceptado pagar la indemnización por seguro respecto de la póliza 442, vigente entre el 13 de agosto de 2013 y el 29 de agosto de 2015, no obstante que esta póliza cubrió el mismo riesgo de invalidez, bajo los mismos términos y condiciones que la póliza N° 423, de manera que nada justifica el rechazo que ahora plantea respecto de la cobertura de esta última póliza.

- Afirma que este argumento de la demandante es completamente falso e incompleto. Que es cierto que el 16 de mayo de 2016 Zurich Santander emitió un informe de liquidación aprobando el pago de \$ 1.106.949 en favor del Banco Santander, toda vez que el asegurado había incurrido en el riesgo asegurado de invalidez total y permanente dos tercios. Lo que no es cierto es que las condiciones de la póliza sean las mismas.

- Señala que, en primer lugar, la póliza 442 no cubre el riesgo de vida e invalidez respecto de créditos hipotecarios sino que respecto de créditos de consumo de menor monto expuesto. Que en el caso particular del siniestro aprobado, la diferencia que acarrea que el seguro se asocie a un crédito de consumo y no a uno hipotecario, es que en la contratación de la póliza no se exige la DPS como antecedente necesario para asegurar como sí se pide para el seguro asociado a créditos hipotecarios, como es el caso de autos. Que no habiendo evaluación de riesgo para otorgar tal cobertura, procede el pago del siniestro cualesquiera que sean las circunstancias bajo las cuales se tomó la

póliza y que no estén expresamente excluidas de cobertura. Que así fue como se procedió respecto de la póliza 442.

- Agrega que lo único que logra acreditar el informe de liquidación del siniestro de la póliza 442, es que en todo momento, el asegurador se ha comportado en estricto apego a las pólizas contratadas demostrando su consistencia con los términos y condiciones establecidos en cada una de ellas.

- Continúa exponiendo, que uno de los aspectos determinantes en el incumplimiento incurrido por el demandante, es la inexacta declaración personal de salud que éste hizo al asegurador.

- Señala que la contraria con el solo afán de desligarse de responsabilidad arguye que siendo la DPS redactada por el asegurador debe interpretarse en su contra. Expresa que lo cierto y preciso es que no hay nada que interpretar toda vez que al DPS solamente consulta y expone acerca del estado de salud que el asegurado confirma o detalla al completarlo y presentarlo al asegurador. Que es un acto del asegurado.

- Afirma que la DPS no es el contrato de seguro sino que el documento por el cual el asegurado manifiesta su real estado de salud. Que el punto es tan simple que basta con establecer si el asegurado informó o no al asegurador de la depresión que le afectaba por muchos años antes de la contratación de la póliza. Que sobran en consecuencia las elucubraciones interpretativas sobre el sentido y alcance de la DPS.

- Expone que la demandante persigue el cumplimiento del contrato reclamando el pago correspondiente a la cobertura que cuantifica en UF 1.938. Que no explica ni menciona como llega a esa suma.

- Señala que en los hechos el asegurado contrató un crédito hipotecario por UF 1.988 pagadero en 360 cuotas mensuales y sucesivas. Que el capital asegurado bajo esta cobertura corresponde al saldo insoluto de la deuda hipotecaria a la fecha de la declaración de invalidez, por lo que el monto a pagar en caso de siniestro asciende a la suma correspondiente al crédito inicial menos las cuotas pagadas a la fecha de la declaración de invalidez.

- Afirma que el asegurado demandante deberá demostrar por qué demanda la suma de UF 1.938 como daño emergente, en términos tales que de no hacerlo, no tendrá derecho a esa cifra, y que el demandante no ha demandado otra cantidad distinta, ni subsidiaria y alternativamente.

- Expone que se han demandado en estos autos la cantidad de \$80.000.000 por concepto de daño moral aduciendo que la presunta inapropiada conducta de Zurich Santander sería la responsable de los dolores y aflicciones sufridos por la demandante. Afirma que tal imputación no es así, y niega que la conducta del asegurador demandado sea la causante de los dolores y aflicciones de la asegurada.

- Manifiesta que no cabe duda del padecimiento de la asegurada frente a la enfermedad que la aflige y que humanamente sienten los sufrimientos que ha debido afrontar la demandante. Que solidarizan con ella. Que sin embargo, tal solidaridad y comprensión no puede llevar a que Zurich Santander asuma la responsabilidad por ese dolor.

- Agrega que los hechos refutan cualquier relación de causalidad que puede existir entre la falta de pago de la indemnización por seguro y el dolor que afecta a la demandante. Que Zurich Santander no ha incumplido el contrato de seguro que da cuenta la póliza N° 423.

- Afirma que no existiendo causalidad alguna imputable a la aseguradora, no es procedente atribuirle responsabilidad por los sufrimientos que dice padecer la demandante, ni menos puede evaluarse tal responsabilidad en \$80.000.000, cifra casi el doble de la suma que se pretende por cumplimiento forzado del contrato.

- Señala que el asegurador no ha incumplido el contrato de seguros que da cuenta la póliza N°423, por lo que mal puede condenarse al pago del siniestro demandado.

- Agrega que la demanda de autos busca declarar el derecho del asegurado a la indemnización por parte del seguro, de manera que no existe respecto del asegurador una obligación ni menos que ésta le sea exigible. Que será la sentencia definitiva, debidamente ejecutoriada, que eventualmente condene al asegurador al pago del siniestro, la que lo constituirá en mora y no antes.

- Expone que versando la controversia precisamente en la procedencia o no de la indemnización del siniestro, por disentir los litigantes acerca de esta materia, ni la obligación ni su monto pueden entenderse exigible y, por consiguiente, el asegurador no se encuentra en mora, ni puede ser condenado al pago de intereses sino desde la fecha en que la sentencia que declara la obligación y su monto quede ejecutoriada. Cita jurisprudencia en apoyo de su tesis.

- Agrega que no habiendo incumplimiento del contrato por parte del asegurador no procede pago de indemnización ni intereses alguna, ni menos en la forma y con el propósito demandado en autos.

- Finalmente, la demandada solicita tener por contestada la demanda de autos y rechazarla en todas sus partes con expresa condenación en costas.

**9°-** A fojas 105 se tuvo por contestada la demanda y se dio traslado para la réplica.

**10°- Réplica:** A fojas 106 la demandante presenta su escrito de réplica, reiterando en general los fundamentos expuestos en su demanda.

- Expone que el siniestro ocurrió durante la vigencia de la Ley 20.667, de modo que ha de fallarse este juicio considerando la modificación que introdujo la ley citada al Código de Comercio.

- Afirma que nuestro legislador delimitó el contenido del deber de declaración sobre el estado del riesgo, a lo solicitado por el asegurador y a lo conocido por el contratante. Que para enfrentarnos a una inobservancia del deber precontractual de declarar el riesgo, es necesario que los datos relevantes o significativos estén contenidos en el formulario de preguntas o cuestionario que debe entregar el asegurador al tomador.

- Manifiesta que es un error de la contraria afirmar que el Banco Santander, como beneficiario del seguro, sería el único legitimado activamente para demandar, ya que su representada, como asegurada, es la principal interesada en demandar a la compañía de seguros. Agrega, además, que la cláusula arbitral es clara al establecer que cualquier dificultad o diferencia que se suscite entre las partes, se sometan al conocimiento y resolución de un árbitro y que, en consecuencia, habiendo constituido el compromiso operó el efecto de radicación de la competencia del árbitro para conocer todas las materias de este juicio.

- Respecto a que su representada habría omitido informar una supuesta y previa depresión, reitera que aquella tomó conocimiento de la existencia de un cuadro depresivo a causa de los primeros síntomas de la esclerosis múltiple y fue por ello que consultó a especialistas, de manera que no es efectivo que su representada haya vulnerado la carga de informar que le impone la ley.

- Hace presente que no es efectivo que Carolina Infante haya presentado un cuadro depresivo y objeto de múltiples terapias, con anterioridad al contrato de seguro.

- Afirma que en cuanto al monto demandado, corresponde a la deuda con el Banco Santander desde que se declaró la invalidez total y permanente.

- Agrega que la compañía de seguros se ha desentendido de su obligación de dar protección al asegurado, por lo que claramente existe justificación del daño moral.

**11°-** A fojas 111 se tuvo por evacuada la réplica y se dio traslado para la dúplica.

**12°- Dúplica:** A fojas 112 la demandada presenta su escrito de dúplica, reiterando en general los fundamentos expuestos en su contestación de demanda.

- Expone que el contrato de seguro de autos, celebrado entre las partes con fecha 31 de enero de 2012, se encuentra regido por las normas del Título VIII del Libro II del Código de Comercio, vigentes a esa fecha, tanto respecto de las condiciones de validez, requisitos de esencia y solemnidades, como respecto de sus efectos, normas que no contenían las modificaciones introducidas por la ley 20.667.

- Afirma que, en virtud del principio de buena fe contractual prevalente en la contratación de seguro, el asegurado sigue igualmente obligado a declarar todo cuanto sepa y conozca acerca de su real estado de salud, a fin de no afectar el equilibrio del contrato.

- Manifiesta que la demandante no es la principal interesada en el cumplimiento del contrato.

- Afirma que el beneficiario expresamente pactado en la póliza es el Banco Santander. Agrega que las partes del contrato de seguro son el contratante y la compañía de seguros, calidades que no tiene el demandante.

- Señala que el siniestro de invalidez tuvo como antecedente relevante el trastorno depresivo que la demandante conocía desde al menos el año 2009, antecedente que aumentaba las probabilidades de siniestro, y que no puso en conocimiento del asegurador quien no tuvo como conocerlo.

- Expresa que el objeto principal de la acción de este arbitraje es el cumplimiento del contrato de seguro en favor de la demandante, consistente en el pago de la suma de UF 1.938; pretensión que no puede ser alterada.

- Agrega que la indemnización por daño moral es totalmente improcedente.

**13°-** A fojas 120 se tuvo por evacuada la dúplica, y se citó a las partes a audiencia de conciliación, la que se realizó los días 27 de marzo y 10 de abril del año 2019, según consta a fojas 121 y 122, sin que se lograra una conciliación.

**14°-** No lográndose una conciliación entre las partes, por resolución de fecha 14 de junio de 2019, escrita a fojas 125, se recibió la causa a prueba, fijándose los hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos.

**15°-** A fojas 126 y 128 la parte demandada y la parte demandante, respectivamente, interponen recursos de reposición en contra de la resolución que recibió la causa a prueba.

**16°-** A solicitud de ambas partes, a fojas 135 consta que se suspendió el procedimiento a contar del 03 de julio de 2019 y hasta el día 02 de agosto de 2019 inclusive.

**17°-** Por resolución de fecha 14 de agosto de 2019, que rola a fojas 136, se modificó la interlocutoria de prueba, luego de acogerse parcialmente el recurso de reposición presentado por la demandada. Además, se rechazó el recurso de reposición interpuesto por la demandante, concediéndose recurso de apelación subsidiario, en el solo efecto devolutivo, para ante la ltma. Corte de Apelaciones de Santiago.

**18°-** A fojas 138, en uso de la facultad contemplada en el N° 6.2 del Acta de Reglas de Procedimiento de este arbitraje, el Juez Árbitro suspendió el procedimiento a contar del 11 de septiembre de 2019 y hasta el día 27 de septiembre de 2019, ambas fechas inclusive.

#### **19°- Prueba Documental de la Parte Demandada:**

- Mediante escrito de fojas 178, la demandada acompaña los siguientes documentos: 1. Condiciones Particulares de la póliza de seguro colectivo de desgravamen + ITP 2/3 N°423 para crédito hipotecarios en UF prima única de 5 años; 2. Condiciones Generales sobre seguro colectivo de desgravamen, depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, ex Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 2 09 128; 3. Cláusula adicional de pago anticipado de capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, adicional al seguro colectivo de desgravamen código POL 2 09 128, depositada en la Comisión para el Mercado Financiero, ex Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código CAD 2 09130; 4. Solicitud de seguro de desgravamen N° 3121671 de fecha 30 de enero de 2012 y declaración personal de salud contenida en ella, suscrita por la demandante para la contratación de la Póliza



423; 5. Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez suscrito por el Médico Psiquiatra don Norberto Contente Guazzotti durante el año 2015, para efectos de la invalidez de la señora Infante conforme al formulario de la Superintendencia de Pensiones y AFP Habitat; 6. Epicrisis e Indicaciones para el Alta de fecha 17 de Diciembre de 2015 suscrito por el médico tratante doctora Jacqueline Scherpenisse Infante; 7. Epicrisis e Indicaciones para el Alta de fecha 14 de Enero de 2016 suscrito por el médico tratante doctora Jacqueline Scherpenisse Infante; 8. Apelación a dictamen de invalidez efectuado por el doctor Norberto Contente Guazzotti con fecha 29 de enero de 2016; 9. Apelación a dictamen de la Comisión Médica Regional de Santiago, efectuada por el doctor Norberto Contente Guazzotti, con fecha 26 de Octubre de 2015; 10. Certificado Médico emitido por el doctor Norberto Contente Guazzotti con fecha 22 de abril de 2015; 11. Informe del doctor Camilo Arriagada Ríos de noviembre de 2015; 12. Certificado de discapacidad emitido con fecha 30 de diciembre de 2015; 13. Resolución N° C.M.C. 1026/2016 del 2 de febrero de 2016 de la Comisión Médica Central; 14. Documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud relativo a los trastornos mentales de abril de 2017 y publicado el 7 de marzo de 2019; 15. Carta de 12 de abril de 2016 de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. al Banco Santander Chile en calidad de contratante y beneficiario, por medio de la cual se le informa el inicio del proceso de liquidación del siniestro 128.956; 16. Copia simple de impresión de correo electrónico enviado desde la aseguradora a Carolina Andrea Infante Aravena con fecha 17 de Mayo de 2016, indicándole de su derecho a impugnar el informe de liquidación, conjuntamente con copia de impresión de correo que remite el informe de liquidación también a la señora Mónica Aravena; 17. Carta de fecha 27 de mayo de 2016 dirigida por la demandante a Zurich Santander Seguros de Vida S.A. por medio del cual impugna el informe de liquidación; 18. Carta de fecha 8 de junio de 2016 dirigida a la demandante señora Carolina Andrea Infante Aravena, por medio de la cual Zurich Santander Seguros de Vida S.A. responde la impugnación presentada por la asegurada; 19. Carta de fecha 18 de julio de 2016 dirigida a don Gonzalo Fernández Valdés de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. por la señora Carolina Infante Aravena anunciando el inicio de un arbitraje por la persistencia de las diferencias entre las partes; y 20. Dispositivo pendrive que contiene el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM - IV, en su edición en español, elaborado por la American Psychiatric Association.

- Mediante escrito de fojas 185, la demandada acompaña Informe de Liquidación emitido para el siniestro N° 128.956 relativo a la invalidez de la señora Carolina Andrea Infante Aravena.

## **20°- Prueba Documental de la Parte Demandante:**

- Mediante escrito de fojas 274, la parte demandante acompaña los siguientes documentos: 1. Certificado de cobertura asociado a la Póliza de seguro 405 sobre seguro de invalidez, con cláusula adicional de invalidez, asignada bajo el código Pol 2 09 128, con vigencia desde el 31 de enero 2012 al 10 de febrero 2042; 2. Certificado de cobertura de seguro de desgravamen e invalidez permanente 2/3 asignado a la Póliza 423 con cláusula adicional código ACD 2 09 130, con vigencia desde el 31 de enero 2012 hasta 31 enero 2017; 3. Certificado Banco Santander, que se encuentra asociada a la deuda hipotecaria que mantiene su representada por el contrato de compraventa del dpto. de fecha enero 2012; 4. Resolución 6855/2015 de fecha 16 de noviembre 2015 que declara la invalidez de su representada y que fue dictada por la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones; 5. Resolución

1026/2016 de fecha 02 de febrero 2016 dictada por la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones que confirma la resolución 6855/2015 que declaró la invalidez total definitiva; 6. Correos electrónicos que dan cuenta la denuncia del siniestro, acuso recibo de la compañía de seguros, del corredor de seguros, acuso recibo denuncia de siniestro de fecha 07/04/2016 asignada con el número 128956; 7. Declaración de salud de su representada, declaración de salud asignada con el N° 3121871; 8. Informe de Liquidación de fecha 13 de mayo 2016 por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.; 9. Impugnación de fecha 27 de mayo 2016 al informe de liquidación de fecha 13 de mayo 2016; 10. Informe de liquidación de Zurich Santander de fecha 16 de mayo 2016; 11. Gastos médicos de salud de doña Carolina Infante Aravena emitidos por MASVIDA período de fecha 01/07/2012 a 25/07/2013 y cartola de prestaciones médicas entre el 29/04/2015 al 05/04/2016; 12. Prestaciones médicas efectuadas a su representada doña Carolina Infante Aravena entre 09/10/2018 y 01/10/2019 según informe emitido por MASVIDA con fecha 02 de octubre 2019; 13. Respuesta de Zurich Santander de fecha 08 de junio 2016 mediante la cual rechaza cobertura; 14. Acta Comisión Médica N° 19 de la Comisión Médica Central que declara y confirma incapacidad total, en contra el Dictamen 016.10937/2015 del 14/01/2016; y 15. Informe médico tratante señor Norberto Contento Guazzotti de fecha 29 de abril 2016.

**21°-** A fojas 278 consta que por resolución de fecha 09 de octubre de 2019:

- Se tuvieron por acompañados los documentos presentados por las partes, en la siguiente forma: Respecto de los documentos acompañados por la parte demandada, signados con los números 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 y 20, y el Informe de Liquidación, con citación; y los documentos signados con los números 4, 17 y 19, bajo el apercibimiento del N° 3 del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil. Respecto de los documentos acompañados por la parte demandante, signados con los números 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14 y 15, con citación; y los documentos signados con los números 1, 2, 8, 10 y 13, bajo el apercibimiento del N° 3 del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil.

- Además, y a petición de la parte demandante, se ordenaron los siguientes oficios: A la Clínica Indisa, a fin de que remitiera a este Tribunal la ficha clínica o médica de doña Carolina Andrea Infante Aravena; a Isapre Banmédica, a fin de que remitiera el historial completo de las prestaciones médicas efectuadas a doña Carolina Andrea Infante Aravena, por el período del año 2011 al año 2012; al médico señor Norberto Contento Guazzotti, a fin de que remitiera copia completa de la ficha clínica de doña Carolina Andrea Infante Aravena; y al médico señor Camilo Arriagada Ríos, del Centro Médico San Vicente de Paul, a fin de que remitiera a este Tribunal copia completa de la ficha clínica de doña Carolina Andrea Infante Aravena.

- Asimismo, y a petición de la demandante, se citó a las partes a una audiencia de designación de perito, para la apreciación de los daños.

**22°-** Mediante escrito de fojas 284, la demandante objeta todos los documentos acompañados por la demandada. Por resolución de fecha 16 de octubre de 2019, escrita a fojas 286, se rechaza la objeción por no haberse invocado hecho alguno constitutivo de falsedad o falta de integridad de los mismos.

**23°** A fojas 288 la demandada presenta escrito de observaciones a la prueba.

**24°** A fojas 296 consta la realización de la audiencia para la designación de perito, no produciéndose acuerdo entre las partes respecto de la persona a desempeñar el cargo. En desacuerdo de las partes, a fojas 297, el Juez Árbitro designó como perito titular a doña Norka Ingrid Andrea del Canto Muga, psicóloga, siendo el objeto del peritaje apreciar el daño moral que pudiere haber sufrido la demandante con motivo del rechazo de la cobertura del siniestro.

**25°** Mediante escrito de fojas 298, la perito titular designada acepta el cargo jurando desempeñarlo fielmente.

**26°** A fojas 314 la perito designada presenta su informe, y por resolución de fojas 324 se tuvo por evacuado el informe pericial, agregándose a los autos, con citación.

**27°** Por resolución de fecha 05 de mayo de 2020, corriente a fojas 329, se designa como actuario al abogado don Francisco Bosselin Morales, en reemplazo de doña Alejandra Herrera Corvalán que hace uso de licencia médica prenatal.

**28°** Por resolución de fojas 353, se tiene por recibido informe de Isapre Banmédica, agregándose a los autos, con citación.

**29°** Por resolución de fojas 354, se tiene por acompañado, con citación, certificado del médico señor Norberto Contento Guazzotti; y por resolución de fojas 374, luego de un incidente planteado por la demandada, se resuelve prescindir de dicho certificado.

**30°** A fojas 360 se tiene por recibido correo electrónico de fecha 08 de junio de 2020, en que se comunica a este Juez Árbitro el fallecimiento del doctor señor Camilo Arriagada, agregándose a los autos, con citación.

**31°** A fojas 375 se citó a las partes a oír sentencia.

## **CONSIDERANDO:**

### **En cuanto a la Póliza de Seguro:**

**1°-** Que, doña Carolina Andrea Infante Aravena interpuso demanda en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., a fin de que la demandada sea condenada al cumplimiento del contrato de seguro y a pagar la indemnización de perjuicios a su favor, por la suma total de \$133.704.596 más intereses y costas.

**2°-** Que, la demandante expone que contrató con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. un seguro de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3 para créditos complementarios que consta en la Póliza N°405, asignada con el número de operación de crédito 540000968140, en el que la asegurada es la demandante, y cuya cobertura se ajustó según las condiciones generales registradas en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 09 128 y la Cláusula Adicional depositada en la SVS bajo el código CAD 2 09 130. Además, sostiene que consta de la póliza de seguro de desgravamen + ITP (invalidez total permanente) para créditos hipotecarios la Póliza Colectiva N° 423, asociada al crédito identificado como

operación N° 500005289206, con fecha de inicio de cobertura 31 enero del año 2012 al 29 de diciembre 2015.

**3°** Que, al contestar la demanda, la demandada, como cuestión previa, expuso que la controversia de este arbitraje debe enmarcarse exclusivamente en las diferencias existentes entre las partes en relación a la Póliza N°423, señalando que la solicitud de designación de árbitro por parte de la demandante, se fundó en la Póliza de Seguro Colectivo de Desgravamen e Invalidez N°423. La demandada sostiene, además, que según lo establecido en la audiencia destinada a fijar las Reglas de Procedimiento de este arbitraje, su parte acompañó las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro Colectivo de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente N°423.

**4°**- Que, en consecuencia, corresponde, en primer lugar, determinar la póliza de seguro objeto del presente juicio arbitral.

**5°**- Que, la demandante acompañó copia del Certificado de Cobertura de Seguro de Desgraven e Invalidez Total y Permanente 2/3 para Créditos Complementarios, relativo a la Póliza de Seguro N°405, la que se encuentra agregada a fojas 186 de autos; y copia del Certificado de Cobertura de Seguro de Desgraven e Invalidez Permanente 2/3, relativo a la Póliza de Seguro N°423, la que fue agregada a fojas 196 de estos autos arbitrales.

**6°**- Que, la demandada acompañó copia de la Póliza de Seguro Colectivo de Desgravamen + ITP 2/3 N°423 - Condiciones Particulares -, la que se encuentra agregada a fojas 74 y fojas 139 de estos autos.

**7°**- Que, de acuerdo a lo establecido en las Reglas de Procedimiento de este arbitraje, que rolan a fojas 63, el objeto del juicio arbitral es resolver las diferencias y dificultades existentes entre las partes, con motivo de un seguro de desgravamen e invalidez para crédito hipotecario que la demandante contrató con la demandada.

**8°**- Que, el Informe de Liquidación de fecha 13 de mayo de 2016, emitido por Zurich Santander para el siniestro N° 128956 correspondiente a doña Carolina Andrea Infante Aravena, que ha sido acompañado por ambas partes y agregado a fojas 181 y fojas 220 de estos autos, se refiere a la Póliza de Seguro N°423, asociada a la operación de crédito hipotecario N° 500005289206.

**9°**- Que, asimismo, la impugnación presentada por la demandante ante la compañía de seguros, de fecha 27 de mayo de 2016, acompañada por ambas partes y agregada a fojas 170 y fojas 228 de autos, es por el Informe de Liquidación mencionado en el considerando anterior, el cual se refiere precisamente a la Póliza N°423.

**10°**- Que, de los documentos referidos en los considerandos octavo y noveno precedentes, a los cuales se les asignará valor de plena prueba por haber sido acompañados por ambas partes litigantes y por haber sido desechada la objeción formulada respecto de ellos, se desprende que las diferencias existentes entre las partes, a juicio de este Juez Árbitro, dicen relación con la Póliza de Seguro Colectivo N°423, asociada a la operación de crédito hipotecario N°500005289206. Que, confirma la conclusión anterior, el hecho que la demandante al solicitar la designación de Juez Árbitro ante el 18° Juzgado Civil de Santiago, acompañó como documento fundante de su solicitud la señalada

Póliza N°423, solicitud que se encuentra agregada a fojas 1 y fojas 79 de estos autos.

**11°-** Que, conforme a lo antes razonado, la controversia entre las partes, objeto del presente juicio arbitral, se circunscribe al Seguro de Desgravamen + ITP 2/3 que consta en la Póliza de Seguro Colectivo N°423, asociada a la operación de crédito hipotecario N°500005289206.

**En cuanto a la Falta de Legitimación Activa:**

**12°-** Que, al contestar la demanda, la demandada opuso la excepción de falta de legitimación activa del actor para demandar.

**13°-** Que, la demandada, en su escrito de contestación de demanda, expone que la petición concreta que la demandante somete al fallo de este Tribunal Arbitral, consiste en que se ordene la procedencia de la cobertura y se condene a la aseguradora demandada a pagar directamente a la señora Carolina Andrea Infante Aravena, la suma de \$133.704.596 más intereses y costas.

**14°-** Que, la demandada sostiene que la Póliza N° 423 establece que el capital asegurado será pagado por la compañía aseguradora anticipadamente al contratante del seguro principal en caso de invalidez permanente dos tercios del asegurado, en la medida que concurren las condiciones establecidas para ello. Expone, asimismo, que el contratante del seguro de desgravamen es el Banco Santander, quien tiene el carácter de beneficiario de la indemnización en caso de invalidez total y permanente dos tercios del asegurado.

**15°-** Que, la demandada afirma que la demandante carece del derecho a demandar para sí el pago de la indemnización en caso de siniestro de invalidez, derecho que, según sostiene, solo le asiste al beneficiario de la póliza, que sería el Banco Santander.

**16°-** Que, la demandante, en su escrito de demanda, expone que es legitimada activa para demandar el seguro y los perjuicios que el incumplimiento de la demandada le ha ocasionado.

**17°-** Que, en su escrito de réplica, la demandante sostiene que es un error de la contraria afirmar que el Banco Santander, como beneficiario del seguro, sería el único legitimado activamente para demandar, ya que, como asegurada, la demandante es la principal interesada en demandar a la compañía de seguros; y que, además, la cláusula arbitral es clara al establecer que cualquier dificultad o diferencia que se suscite entre las partes, se somete al conocimiento y resolución de un árbitro y que, en consecuencia, habiendo constituido el compromiso operó el efecto de radicación de la competencia del árbitro para conocer todas las materias de este juicio.

**18°-** Que, tal como se indicó en considerandos anteriores, la demandante acompañó copia del Certificado de Cobertura de Seguro de Desgraven e Invalidez Permanente 2/3, relativo a la Póliza de Seguro N°423, agregada a fojas 196 de autos, y que la demandada acompañó copia de la Póliza de Seguro Colectivo de Desgravamen + ITP 2/3 N°423 - Condiciones Particulares -, agregada a fojas 74 y fojas 139 de estos autos; documentos a los que se les asignará pleno valor probatorio por ser consistentes entre sí, y por no haber sido

objetado el primero y por haberse rechazado la objeción formulada respecto del segundo de dichos documentos.

**19°-** Que, con los documentos referidos en el considerando décimo octavo precedente, queda acreditado lo siguiente: a) La existencia del contrato de seguro de desgravamen e invalidez; b) Que se trata de un seguro colectivo; c) Que el contratante y beneficiario de la póliza es el Banco Santander Chile S.A.; d) Que el asegurador es Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.; y e)- Que doña Carolina Andrea Infante Aravena tiene la calidad de asegurada.

**20°-** Que, el artículo 1545 del Código Civil dispone: *“Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”*.

**21°-** Que, a su vez, el artículo 1489 del Código Civil establece que: *“En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”*; y el artículo 1449 del mismo cuerpo legal, en su inciso primero, señala que: *“Cualquiera puede estipular a favor de una tercera persona, aunque no tenga derecho para representarla; pero solo esta tercera persona podrá demandar lo estipulado; y mientras no intervenga su aceptación expresa o tácita, es revocable el contrato por la sola voluntad de las partes que concurrieron a él”*.

**22°-** Que, el contrato de seguro es un contrato bilateral, que genera obligaciones recíprocas para las partes contratantes. Que, así lo definía el artículo 512 del Código de Comercio, según su texto vigente con anterioridad a la reforma introducida por la Ley N° 20.667; lo que se ve confirmado en el actual texto de dicha disposición, ya que de su redacción se desprende claramente el carácter bilateral del contrato de seguro.

**23°-** Que, la legitimación activa es aquella que corresponde al titular de la relación jurídica y constituye un presupuesto de toda acción.

**24°-** Que, con los documentos mencionados en el considerando décimo octavo precedente, esto es, el Certificado de Cobertura de Seguro de Desgraven e Invalidez Permanente 2/3, relativo a la Póliza de Seguro N°423, y la Póliza de Seguro Colectivo de Desgravamen + ITP 2/3 N° 423 -Condiciones Particulares-, queda suficientemente acreditado que la demandante no tiene la calidad de contratante ni de beneficiaria de la citada póliza de seguro.

**25°-** Que, el Certificado de Cobertura de Seguro de Desgraven e Invalidez Permanente 2/3, relativo a la Póliza de Seguro N°423, acompañado por la demandante, establece, en lo pertinente, lo siguiente: *“Cobertura”. “IP 2/3: La compañía aseguradora pagará el capital asegurado al beneficiario, después de acreditarse a su entera satisfacción la Invalidez permanente dos tercios, (...)”*.

**26°-** Que, conforme a lo que se viene diciendo, resulta forzoso concluir que la demandante carece de legitimación activa para demandar, ya que la titularidad de la acción ejercida en estos autos corresponde al Banco Santander Chile S.A. y no a la demandante, ya que no es ella la contratante ni la beneficiaria del seguro, sino que tales calidades las detenta la citada institución bancaria.

**27°-** Que, la calidad de asegurada de la demandante, hecho no controvertido en estos autos, no la transforma, por sí solo, en beneficiaria del seguro, condición ésta necesaria para ejercer la acción interpuesta en estos autos. El interés que el actor ha esgrimido para justificar una legitimación activa, fundado en su calidad de asegurado, no es suficiente y, por tanto, no lo faculta para solicitar el cumplimiento del contrato y reclamar para sí el pago de la indemnización.

**28°-** Que, sin perjuicio de lo señalado en el considerando undécimo precedente, en el sentido que este juicio arbitral versa sobre las diferencias de las partes respecto del seguro de que da cuenta la Póliza N°423, es preciso señalar que en relación al seguro de la Póliza N°405, cuyo Certificado de Cobertura se agregó a fojas 186 y que el actor acompañó para fundar su pretensión, la demandante tampoco tiene legitimación activa. En efecto, en la Póliza N°405, al igual que en la Póliza N° 423, el contratante y beneficiario es el Banco Santander y no el actor, por lo que aún en el evento que pudiere estimarse que la controversia se refiere también a la Póliza N°405, la demandante no estaría facultada para reclamar para sí el pago de la indemnización, ya que no es titular de la acción.

**29°-** Que, conforme a lo que se viene razonando, este Juez Árbitro acogerá la excepción de falta de legitimación activa opuesta por la demandada.

**30°-** Que, el resto de la prueba rendida por las partes, en nada altera lo que se viene decidiendo.

**31°-** Considerando que, según ya se ha señalado, se acogerá la excepción de falta de legitimación activa de la demandante, este sentenciador no emitirá pronunciamiento respecto de las demás alegaciones y defensas formuladas por las partes, conforme a lo dispuesto en el artículo 170 N° 6 del Código de Procedimiento Civil.

**32°-** Que, en consecuencia, se rechazará la demanda en todas sus partes, sin costas, por estimar este Juez Árbitro que la demandante, a pesar de haber sido totalmente vencida, tuvo motivo plausible para litigar, conforme a lo dispuesto en el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil.

Y, de conformidad, además, a lo dispuesto y previsto en los artículos 1438, 1439, 1449, 1489, 1545, 1698 y 1712 del Código Civil; artículo 512 del Código de Comercio; artículos 222 y 223 del Código Orgánico de Tribunales; artículos 144, 170, 346 N° 3, y 628 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; y las Reglas de Procedimiento del presente Juicio Arbitral;

### **SE RESUELVE:**

**1°-** Que la controversia entre las partes, objeto del presente juicio arbitral, se circunscribe al Seguro de Desgravamen + ITP 2/3 que consta en la Póliza de Seguro Colectivo N°423, asociada a la operación de crédito hipotecario N°500005289206.

**2.-** Que se acoge la excepción de falta de legitimación activa opuesta por la parte demandada.

**3°.-** Que se rechaza en todas sus partes la demanda de cumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, deducida por doña Carolina Andrea Infante Aravena en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

**4°.-** Que no se condena en costas a la demandante, por estimar este Juez Árbitro que tuvo motivo plausible para litigar.

**Notifíquese personalmente o por cédula.**

**Juan Irureta Uriarte**  
**JUEZ ÁRBITRO**

**Francisco Bosselin Morales**  
**ACTUARIO**