

«RIT»

Foja: 1

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 3º Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-11608-2020  
CARATULADO : CISTERNAS/CHILENA CONSOLIDADA  
SEGUROS DE VIDA S.A.

**Santiago, seis de mayo de dos mil veintidós.**

**VISTOS:**

Con fecha 31 de julio de 2020, folio 1, comparece don Gianfranco Guggiana Varas, abogado, domiciliado en calle Mosquito N° 459, oficina 302, comuna de Santiago, en representación judicial de don **Andrés Alexis Cisternas Vega**, administrador y mecánico, domiciliado en calle Séptimo de Línea N° 1022, comuna de Cañete, quien viene en interponer demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de **Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.**, del giro de su denominación, representada legalmente por su gerente general, don Sebastián Dabini Ribas, ambos domiciliados en Avenida Apoquindo N° 5550, piso 21, comuna de Las Condes, por los fundamentos de hecho y de derecho que expone.

Con fecha 03 de septiembre de 2020, folio 10, consta notificación a la demandada mediante su representante legal.

Con fecha 15 de septiembre de 2020, folio 11, la demandada contestó la demanda de autos deducida en su contra.

Con fecha 29 de septiembre de 2020, folio 16, la demandante evacuó el trámite de la réplica.

Con fecha 13 de octubre de 2020, folio 18, la demandada evacuó el trámite de la réplica.

Con fecha 02 de diciembre de 2020, folio 24, se llevó a efecto el llamado a la audiencia de conciliación, con la asistencia de los apoderados de ambas partes, sin que ésta se produjera.

Con fecha 16 de diciembre de 2020, folio 26, se procedió a recibir la causa a prueba, resolución notificada a la parte demandada con fecha 12 de enero de 2021, y expresamente a la parte demandante con fecha 19 de enero de 2021, a folios 27 y 31.

Con fecha 25 de enero de 2021, folio 36, consta el hecho de haberse rechazado dos recursos de reposición interpuestos por la parte demandante y demandada, en contra de la resolución que recibió la causa a prueba.

Con fecha 05 de octubre de 2021, folio 39, se reactivó el término probatorio de acuerdo a la Ley 21.226.

Con fecha 10 de diciembre de 2021, folio 54, encontrándose la causa en estado, se citó a las partes a oír sentencia.



**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que, con fecha 31 de julio de 2020, comparece don Gianfranco Guggiana Varas, en representación judicial de don Andrés Alexis Cisternas Vega, quien viene en interponer demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., del giro de su denominación, representada legalmente por su gerente general, don Sebastián Dabini Ribas, todos ya individualizados, por los fundamentos de hecho y de derecho que expone.

Señala que con fecha 23 de febrero de 2016, su representado contrató un seguro de vida individual con prima variable, y cláusulas adiciones de cobertura para muerte accidental, invalidez accidental y beneficios de gastos médicos por accidente, bajo la póliza particular N° A-2510786, cuyo condicionado general se encuentra depositado en la Comisión Para El Mercado Financiero, bajo POL2-2015-0753.

Explica que el seguro contempla una cobertura de 3000 UF., para los riesgos de muerte, muerte accidental e invalidez accidental, y que el periodo de vigencia correría entre el 29 de febrero de 2016 y el 26 de febrero de 2083.

Refiere que el seguro en cuestión fue ofrecido por medio del agente de la aseguradora, don Jorge José Mangiamarchi Reginensi, cuya propuesta consta en la solicitud de seguro de vida individual N° 9315080, en el cual se ofreció el plan de seguro Bussiness Life, con capital asegurado de 3000 UF.

Hace presente que se acreditará que la solicitud o propuesta no contenía prácticamente ninguna de las menciones exigidas por ley, salvo las menciones al capital asegurado para las coberturas ya indicadas y algunas otras relativas a los antecedentes del asegurado, siendo una usanza habitual en el mercado de seguros. Por tal motivo, la ley N° 20.667, ajustó la legislación de seguros para riesgos de fallecimiento, fallecimiento accidental e invalidez definitiva accidental.

En ese sentido, indica que la Circular 1587 de la Ex Superintendencia de Valores y Seguros, de fecha 30 de enero de 2002, impartió instrucciones sobre la promoción y venta de seguros a través de sistemas de comunicación a distancia, con el propósito de facilitar el desarrollo y la transparencia del mercado y proteger al destinatario de las ofertas, estableciendo la responsabilidad de las compañías para que la promoción y oferta de seguros se realice en forma segura, íntegra y confidencial, respetando los derechos de los asegurables.

Explica que ninguna de esas reglas protectoras del asegurado, basado en los principios reguladores de la legislación moderna en materia de seguros, fue aplicada ni cumplida al momento de ofrecer el seguro a su representado, ya que solo se le informó en términos muy generales que el seguro de vida contratado cubriría el



fallecimiento natural o accidental y la invalidez permanente, conforme a los conceptos establecidos en el D.L 3500 de 1980, que transcribe.

En cuanto a la falta de envío de la póliza, menciona que la aseguradora no cumplió con dicha obligación y no envió copia de la póliza sino hasta cuando fue solicitada por el asegurado luego de haber sufrido el siniestro, esto es, con fecha 13 de junio de 2015, cuando su representado sufrió un accidente cerebrovascular en el contexto de una cirugía maxilofacial ortognática, a fin de corregir deformidades dento-cráneo-maxilofaciales, mediante movimientos óseos maxilares y mandibulares, para lograr el equilibrio perfecto entre todas las características faciales del paciente. Añade que dicha cirugía se realizó en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, sufriendo en el postoperatorio un accidente cerebrovascular por una anafilaxia, que es una reacción alérgica grave en todo el cuerpo a un químico que se ha convertido en alérgeno, en este caso, la penicilina.

Relata que debido a este terrible accidente, su representado estuvo 18 días en coma y sufrió una discapacidad o menoscabo de sus funciones intelectuales y físicas con trastorno del lenguaje, afasia, imposibilidad de caminar, de cuidarse de sí mismo, y necesidad de terapia ocupacional, kinesiología, fonoaudiología, entre otras. Que, el 10 de agosto de 2016, el compin de la Región Metropolitana, certificó que su representado era portador de una discapacidad establecida en el 95%, recuperando con el tiempo y gracias a meses de terapia intensiva, sus capacidades intelectuales y físicas a fin de tramitar la pensión de invalidez total que fue acogida el 07 de junio de 2017, por menoscabo de la capacidad laboral de 70% o igual o mayor a 2/3.

En cuanto a la denuncia del siniestro y rechazo de cobertura por parte de la aseguradora, refiere que el 26 de junio de 2018, su representado denunció a la compañía de seguro el accidente que lo dejó con invalidez definitiva total, siendo liquidado y rechazado por la demandada “dado que la invalidez no es consecuencia directa de un accidente, sino que, de una enfermedad vascular cerebral” (sic), razón por la que se interpuso un reclamo ante la Comisión Para el Mercado Financiero, caso 881701, que terminó al carecer de atribuciones para resolver el reclamo administrativo, atendida la respuesta de la demandada.

Respecto a la ilicitud del rechazo de la cobertura del seguro, y el derecho infringido, sostiene que la demandada ha actuado en mala fe en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales derivadas del contrato de seguro, controvirtiendo una serie de normas y principios generales del derecho. En primer lugar, el principio de buena fe, en razón de que la demandada ofreció un seguro a la ligera, omitiendo información que podría hacer abstenerse al potencial asegurado de contratar y, por el contrario, enfatizando los beneficios del mismo, no enviando copia de la póliza posteriormente y finalmente rechazando la cobertura.



En segundo lugar, el principio de propuesta informada, toda vez que no informó y el asegurado no podía saber por sí solo que la cobertura de invalidez definitiva accidental no procedía, atendido que no se le envió la póliza dentro del plazo exigido por ley y porque ésta corresponde, usualmente, a un documento elaborado en jerga legal y médica en los casos de seguros de vida y accidentes, con términos incomprensibles para el común de las personas.

En tercer lugar, las normas de interpretación en favor del asegurado, entendido por la doctrina y jurisprudencia como la parte débil del mercado de seguros y, por tanto, el contrato de seguro es uno en que la ley aplica normas de interpretación y regulaciones en favor del asegurado, exigiendo a la aseguradora asumir sobre sí los errores que éstas o sus agentes o corredoras cometan al informar las condiciones, requisitos y demás elementos esenciales de los seguros, como es el caso del artículo 1566 del Código Civil.

Finalmente y en cuarto lugar, explica que los perjuicios que solicita indemnizar provienen de la mora en el cumplimiento del pago de la indemnización en sí y, por tanto, los intereses que ha dejado de percibir el demandante en razón de no haber contado con el monto de la indemnización del siniestro en cuestión. Agrega que desde la denuncia del siniestro que fue interpuesta el 26 de junio de 2018, y considerando que la contraria se hubiera tomado el plazo máximo establecido por norma para efecto de liquidar, debió pagar a más tardar 51 días corridos luego de la fecha de la denuncia, es decir, el 17 de agosto de 2018.

Por tal motivo, señala que la demandada debió haber acogido el siniestro denunciado, debió haber indemnizado el monto ofrecido e informado al momento de la contratación del seguro, esto es, 3000 UF., con intereses desde la fecha que entró en mora, el 18 de agosto de 2018.

Por los motivos expuestos, solicito tener por interpuesta demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro, en contra de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., ya individualizada, a fin de que se le condene al pago de la suma de 3000 UF., por concepto de cobertura de invalidez definitiva accidental, más intereses a tasa máxima convencional para operaciones de dinero reajutable a partir del 18 de agosto de 2018 y hasta la fecha de pago efectivo, con costas;

**SEGUNDO:** Que, con fecha 15 de septiembre de 2020, la demandada viene en contestar la demanda, solicitando se rechace, con expresa condena en costas, por los argumentos que expone.

Señala que los hechos no ocurrieron realmente de la manera que se describen en el libelo, aceptando que el demandante suscribió un seguro de vida contratando además la cláusula adicional llamada Cláusula de Invalidez Accidental, con su representada por un monto máximo de 3000 UF., el cual contempla la posibilidad de



pedir una indemnización por invalidez dependiendo del grado, y estableciendo diversos porcentajes.

Indica que aceptan, que con posterioridad a la suscripción del seguro y durante una cirugía maxilofacial ortognatica, llevada a cabo en el Hospital de la Universidad de Chile, el demandante sufrió una anafilaxia que es una reacción alérgica probablemente a la penicilina, que le produjo un accidente cerebrovascular. Lo anterior, tuvo como consecuencia que Compin Metropolitana, luego de señales de mejoría por parte del actor decretara una discapacidad definitiva de 70% por parte de la Comisión Médica Santiago Centro, de la Superintendencia de Pensiones, esto es, por el procedimiento de normas de evaluación y calificación de grado de invalidez del D.L N° 3500, al que alude la propia póliza.

Expone que el 26 de junio de 2018, su representada recibió una denuncia de siniestro, interpuesta por el demandante, la cual previo análisis se determinó que carecía de cobertura, por cuanto las condiciones generales asociadas a la póliza contratada de forma expresa señalan que la situación sufrida por el actor no es un siniestro cubierto por la póliza dado que un derrame cerebral no es un accidente, sino una enfermedad, que por regla general, están excluidas de la pólizas de accidente.

Sobre la fecha de la contratación del seguro y sus circunstancias, no es efectivo que el actor no haya recibido información precontractual, sino que reconoce por escrito que sí la recibió, mediante declaración que firmó con su puño y letra, lo que lleva a concluir que no es que no haya sido legal y propiamente informado el demandante, sino que, una vez ocurrido los hechos, ya no está conforme con lo que se le informó en su oportunidad y ha decidido variar su voluntad y versión de los hechos contra sus propios actos.

En cuanto a su defensa, indica en primer lugar, que su representada no está en mora, y que el siniestro denunciado que da origen a la demanda se encuentra fuera de la limitación de cobertura establecida en la póliza y en la ley, ya que el infarto cerebral no es un accidente en el seguro sub lite. Refiere que el actor omite un hecho fundamental, respecto a que el concepto de invalidez se aplica las condiciones pactadas contractualmente bajo el código de depósito CAD 320140231, cuya información recibió, declarando recibir conforme de puño y letra, de acuerdo al artículo 514 del Código de Comercio, respecto a la entidad y cuantificación de la cobertura.

Sostiene que no se necesita hacer un análisis demasiado fino, ni recurrir a las reglas de interpretación de la póliza, ni de los contratos de seguro en general para percatarse de que el asegurado no solo sabía, sino que no puede desconocer que su situación no queda cubierta por el adicional de invalidez por accidente, encontrándose



expresamente fuera del ámbito de cobertura, como fue informado por escrito mediante carta de 17 de julio de 2018.

Sobre la aplicación del artículo 1566 del Código Civil, indica que aplica para los casos en que haya ambigüedad respecto de lo pactado por las partes y no cuando el sentido del contrato y de las cláusulas satisfacen estándares de claridad corrientes y normales, menos cuando el asegurado ha recibido toda la información y así lo ha declarado.

En segundo lugar, alega que la obligación de indemnizar es inexistente porque no ha habido siniestro, además de no haber legitimación activa en el actor, ni legitimación en su representada, toda vez que al no configurarse los presupuestos necesarios para dar lugar a la existencia de una obligación a favor del actor, no se han configurado los presupuestos necesarios de su pretensión, toda vez que, ni la actora puede ser sujeto activo de una obligación que no existe, por lo que la demanda debe ser igualmente rechazada en todas sus partes tanto por falta de legitimación activa por parte del demandante como por falta de legitimación pasiva de su representada.

En tercer lugar, alega que la indemnización no corresponde respecto de la incapacidad declarada, atendido que la póliza no da indemnización para invalidez del 70%, por lo que la pretensión del demandante implica desconocer el contrato suscrito y sus condiciones más.

Señala que bastará dar una lectura rudimentaria al contrato para verificar que la CAD 320140231, sobre invalidez accidental no solo requiere un accidente, que no ha ocurrido, si no que establece expresamente que los hechos que sean consecuencia de enfermedades vasculares no se considerarán accidentes y, en consecuencia, la situación sufrida por el actor no se encontraba dentro de los riesgos cubiertos por el contrato suscrito con su representada. Añade que lo anterior no es subjetivo, ni menos un acto arbitrario o caprichoso por parte de su representada, sino que es simplemente una aplicación de lo que expresa un contrato válidamente celebrado por las partes, intangible y vinculante para ambas según lo que dispone el artículo 1545 del Código Civil.

Es decir, enfatiza que el actor no solo desconoce los riesgos realmente cubiertos por el contrato, sino que también los porcentajes de discapacidad sobre los cuales se aplica la indemnización, pretendiendo una cobertura donde el contrato no la comprende y una indemnización que no otorga.

En cuarto lugar, alega los hechos contradictorios a los actos propios del demandante en perjuicio de su representado, transgrediendo el principio de buena fe contractual, en razón de que la contraria acusa no se le ha informado de forma apropiada las condiciones que contenía el contrato de seguro suscrito, y que no está



redactado en forma clara, sino con cláusulas ambiguas, que deben ser interpretadas a su favor por ser la parte débil del contrato. Todo lo contrario, su representada cumplió a cabalidad con dar todo los detalles, como lo ha declarado el mismo demandante mediante un formulario que completa con su nombre, su apellido y su firma.

Finalmente, sobre las reparaciones reclamadas, solicita el rechazo total, atendido que no tiene fundamento alguno, dado que el siniestro nunca se configuró y no corresponden los montos contractualmente a lo pactado. En subsidio y para el improbable caso que se considere que su representada ha incumplido de algún modo el contrato y se de lugar a la prestación contractualmente determinada, solicita se avalúen los perjuicios con estricto apego al contrato y hasta la cantidad que la demandante sea capaz de acreditar, sin intereses ni reajustes ni costas.

Por los motivos expuestos, solicita tener por contestada la demanda y se rechace en todas sus partes, con costas;

**TERCERO:** Que, con fecha 29 de septiembre de 2020, la demandante evacuó el trámite de la réplica, reiterando todas y cada una de las solicitudes formuladas den la demanda.

Agrega que la Ley N° 20.667, reemplazó la legislación chilena sobre el contrato de seguro, introduciendo dos normas que apuntan a establecer la obligación del asegurador de brindar la información precontractual, asesoría y asistencia al asegurado al momento de contratar, durante toda la vigencia del contrato y, especialmente, al momento del siniestro, en los artículos 514 y 529, que transcribe.

Indica que los casos de incumplimiento o cumplimiento defectuoso de las obligaciones de información, asesoría y asistencia al asegurado, que recaen sobre el corredor de seguros o la compañía aseguradora, con quien haya negociado el contrato, están las siguientes: a) que el seguro no sea apto para cubrir el riesgo que el asegurado quiere amparar; b) que contenga cláusulas que no le fueron advertidas al asegurado o que éste no consintió y que afecten la cobertura del riesgo o, en general, que de cualquiera forma hacen más gravoso o menos útil al contrato -como ocurrió en el caso de autos-; c) que el seguro se tome por un monto insuficiente o, por el contrario, excesivo; d) que se incluyan coberturas innecesarias y/o que el asegurado no estaba interesado en contratar; e) que contemple deducibles o franquicias que disminuyan notablemente la eficacia de la cobertura; f) que se demore la emisión de la póliza y que en definitiva se otorgue cuando ya se ha producido un daño o esta ha devenido inútil –como ocurrió en el caso de autos-; g) que la póliza se entregue sin el texto íntegro de sus condiciones.

Asimismo menciona las obligaciones de un agente de la compañía aseguradora y asegura que el ataque cerebral, derrame cerebral o accidente cerebrovascular no se



encuentra expresamente excluido de la póliza, y que debía ser explicado e ilustrado claramente por la aseguradora, resultando sorprendente la actitud de la contraria que contradice la normativa de la ex Superintendencia de Valores y Seguros, actual Comisión Para El Mercado Financiero, relativo a los principios tendientes a mejorar la conducta en la industria de seguros.

Sostiene que la definición escrita dada por la aseguradora, sea en la propuesta de seguro que firmó el demandante o aquella contenida en la póliza, es inductiva a error y no se condice con el uso habitual o usual que pueda ser comprensible para las personas que contratan un seguro de invalidez accidental y, por tanto, carente de claridad necesaria para determinar el sentido y alcance de los riesgos asegurados en este tipo de seguros.

Reitera el hecho que a su representado no se le entregó jamás la póliza, hasta cuando hizo la denuncia del siniestro, en ese sentido, pudo haber suscrito recibos o documentos que indicaba se le había hecho entrega por escrito y que había tenido a la vista la propuesta del seguro, pero no por ello se desprende que el texto de la póliza coincidía con lo explicado, informado y consentido al momento de celebrar el seguro. En ese sentido solo reconocen como válida la firma estampada en el formulario “Solicitud de Seguro de Vida Individual N° 9315080”, en el cual se da cuenta que el asegurado autorizaba al agente de la aseguradora a realizar los trámites necesarios y formalidades necesarias, por lo que nada obsta que firmara algunos de los documentos por el asegurado.

Asegura que será cargo de la demandada acreditar que cumplió con su obligación, ya que en materia de seguros, en caso de discrepancia sobre el tenor del contrato, corresponderá al asegurador presentar los antecedentes que dieron origen a la contratación;

**CUARTO:** Que, con fecha 13 de octubre de 2020, la demandada evacuó el trámite de la dúplica, señalando que la contraria insiste en tratar de modificar el contrato por vía de interpretación, en un esfuerzo por torcer la realidad e intangibilidad contractual, además de desconocer el contrato suscrito y sus condiciones más básicas, con auxilio de una supuesta falta de claridad de contrato, aun cuando su invalidez es del 70%, razón por la que no puede darse lugar al siniestro que pretende;

**QUINTO:** Que, con fecha 16 de diciembre de 2020, se procedió a recibir la causa a prueba, resolución notificada a la parte demandada con fecha 12 de enero de 2021, y expresamente a la parte demandante con fecha 19 de enero de 2021.

Luego, con fecha 26 de enero de 2021, consta el hecho de haberse rechazado dos recursos de reposición interpuestos por la parte demandante y demandada en contra de la resolución que recibió la causa a prueba;





**SEXTO:** Que, con fecha 05 de octubre de 2021, se reactivó el término probatorio de acuerdo a la Ley 21.226;

**SÉPTIMO:** Que, la parte demandante, a fin de acreditar los fundamentos de su acción, rindió la siguiente prueba instrumental:

1.- Copia de escritura pública de fecha 08 de julio de 2020, otorgado por el Notario Público de las comunas de Cañete, Contuilo y Tirúa, don Marcel Mathieu Pommiez Ilufi, Repertorio N° 1003-2020, Mandato Judicial Andrés Alexis Cisternas Vega a Gianfranco Guggiana Varas;

2.- Copia de carátula informe para póliza de seguro de vida, código POL2-2015-0753, emitido por Chilena Consolidada, a nombre de Andrés Cisternas Vega;

3.- Copia de documento denominado Seguro de Vida Individual con primas variables, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL220150753;

4.- Copia de oficio OFORD N° 26705, de fecha 08 de octubre de 2018, SGD N° 201810016980, emitido por la Comisión Para El Mercado Financiero, y destinado a Andrés Alexis Cisternas Vega, caso 881701;

5.- Copia de epicrisis, fecha de ingreso 12 de junio de 2016, emitido por el Hospital Clínico Universidad de Chile, a nombre de Andrés Alexis Cisternas Vega;

6.- Copia de dictamen de invalidez solicitud de pensión Afp, trabajador afiliado, de fecha 07 de junio de 2017, emitido por la Superintendencia de Pensiones, Comisión Médica de la Región Santiago Centro, a nombre de don Andrés Alexis Cisternas Vega;

7.- Copia de comprobante de denuncia de siniestro N° 70436332-4, fecha de denuncia 26 de junio de 2018, emitido por Chilena Consolidada, N° póliza A-2510786, a nombre de Andrés Cisternas Vega;

8.- Copia de solicitud de seguro vida individual, emitido Chilena Consolidada, a nombre de Andrés Alexis Cisterna Vega;

9.- Copia de comprobante de pago provisorio primera prima, N° 355274, fecha ilegible, emitida por Chilena Consolidada;

10.- Copia de documento denominado Ncg N°349, que establece normas relativas al depósito de pólizas y disposiciones mínimas de las pólizas de seguros, deroga norma de carácter general N° 124, de 2001, de fecha 26 de julio de 2013, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros;

11.- Copia de norma de carácter general N° 420, de fecha 16 de octubre de 2017, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros, que establece autoevaluación de principios de conducta de mercado en entidades aseguradoras y corredores de seguros;

12.- Copia de las páginas 155- 157 y 266-268, del libro Derecho de Seguros de Osvaldo Contreras Strauch;



13.- Copia de publicación “nuevos deberes precontractuales de información en los certificados de cobertura provisorio, definitivo y la propuesta del contrato de seguro”, de Marcelo Barrientos Zamorano, Revista de Derecho, Universidad Católica del Norte, año 22, N° 1, 2015, pp 65-104;

14.- Copia de cadena de correos electrónicos, del día 19 de noviembre de 2015, asunto “detalles Andrés”;

15.- Copia de cadena de correos electrónicos, del día 30 de diciembre de 2015, asunto “capital propio Andrés”;

16.- Copia de cadena de correos electrónicos, del día 16 de enero de 2016, asunto “USA Encargo General Contact Form-Front page”;

17.- Copia de cadena de correos electrónicos, del día 18 de enero de 2016, asunto “Cotización envío Miami Santiago”;

18.- Copia de correo electrónico, del día 04 de febrero de 2016, asunto “BBVA”;

19.- Copia de correo electrónico, del día 17 de febrero de 2016, asunto “Envío factura electrónica Folio: 1436216, de empresa: 96705940-4”;

20.- Copia de cadena de correos electrónicos, del día 15 de febrero de 2016, asunto “Descuento arriendo”;

**OCTAVO:** Que, con fecha 30 de noviembre de 2021, folio 52, se llevó a efecto la audiencia de exhibición de documentos, solicitada por la demandante, oportunidad en que la demandada exhibió los siguientes documentos, que fueron incorporados por escrito de fecha 23 de noviembre de 2021, folio 51:

1.- Póliza N° A-2510786, plan de seguro Business Life Plan A, emitido por Chilena Consolidada, a nombre de Andrés Cisternas Vega;

2.- Copia de correo electrónico de fecha 24 de septiembre de 2015, asunto Chilena Consolidada-Envío de Póliza A-2510786;

3.- Copia de correo electrónico de fecha 11 de marzo de 2016, asunto Chile Consolidada – Envío de Póliza A-2510786;

4.- Copia de imagen estática, dirigiendo a la página [www.chilena.cl](http://www.chilena.cl), acceso a portal de clientes, de Chilena Consolidada, y clave de acceso;

**NOVENO:** Que, por su parte la demandante, rindió la siguiente prueba documental:

1.- Copia de escritura pública de fecha 24 de julio de 2019, otorgado por el Notario Público Titular de la 45° Notaría de Santiago, Repertorio N° 30.601-2019, Mandato Judicial de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., a Nasser Olea, Marcelo y otros;



2.- Copia de solicitud de seguro vida individual, póliza A-2510786, emitida por Chilena Consolidada, a nombre de Andrés Alexis Cisterna Vega, anexando declaración personal de salud;

3.- Copia de propuesta de póliza de seguro, a nombre de Andrés Alexis;

4.- Copia de cotización de seguro de vida individual, N° propuesta 00001-0176099-1, emitido por Chilena Consolidada, a nombre de Andrés Alexis Cisternas Vega;

5.- Copia de carta suscrita y firmada por don Andrés Alexis Cisterna Vega, de fecha 03 de marzo de 2016, destinada a los Sres. Chile Consolidada;

6.- Copia de seguros flexibles de vida con ahorro/inversión, información general al asegurado, emitido por Chilena Consolidada, firmado por don Andrés Alexis Cisternas Vega, con fecha 23 de febrero de 2016;

7.- Copia de documento denominado cláusula de invalidez accidental, incorporada al depósito de pólizas bajo el código CAD320140231;

**DÉCIMO:** Que, son hechos de la causa, por así encontrarse acreditados en el proceso, los siguientes:

1.- Que don Andrés Cisternas Vega, contrató con fecha 25 de febrero de 2016, seguro de vida, póliza A-2510786, con vigencia entre el 29 de febrero de 2016 y el 26 de febrero de 2083 y que cubre muerte, invalidez, muerte accidental y otras coberturas adicionales de acuerdo a condiciones particulares. Consta firma del asegurado en que indica “haber tenido a la vista la información sobre los gastos de la póliza” y “haber tenido a la vista la información contenida en esta propuesta” (00001-0176099-1);

2.- Que, de acuerdo a Seguro Individual con Primas Variables, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código Pol 2 2015 0753, cláusula de invalidez accidental, inscrita en el Registro de Pólizas bajo el código CAD 3 2014 0231, artículo 2, definiciones, “Para los efectos de este adicional se entiende por. a) Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado”. En cláusula 3, relativa a exclusiones, se señala: “El presente adicional excluye de su cobertura la invalidez del asegurado que ocurra a consecuencia de: g) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos”.



3.- Que, por su parte, de acuerdo a artículo 1 de Cláusula de Invalidez Accidental, relativo a cobertura, “La compañía aseguradora, mediante el pago de la prima adicional correspondiente, pagará al asegurado los porcentajes que se indican a continuación, sobre el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares para esta cláusula adicional, si a consecuencia directa de un accidente, el asegurado sufre lesiones que le provoquen algunas de las siguientes formas de invalidez: 11. El 100% en aquellos casos de invalidez no contemplado precedentemente y que produzca al asegurado una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo. Lo anterior será 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 D.L. N° 3.500 de 1980”;

4.- Que, consta que el actor suscribió con fecha 23 de febrero de 2016, documento denominado “Seguros Flexibles de Vida con Ahorro/Inversión, Información General al Asegurado”, N de inscripción SVS, Pol 2 2015 0753 y Pol 2 2015 0754, en cuya parte final señala: “Yo, Andrés Alexis Cisternas Vega, Rut 15.615.791-0, declaro que la Compañía dando cumplimiento al inciso 2° del Artículo 514 del Código de Comercio me he hecho entrega por escrito de la información relativa al contrato de Seguro Bussiness Life, Capital, Premium Life Liquidez, Pro Mujer y Pro futuro”;

5.- Que, consta remisión de correo electrónico, con fecha 11 de marzo de 2016, desde la casilla [envio.poliza.individuales@zurich.com](mailto:envio.poliza.individuales@zurich.com) a la casilla [acisternasr@gmail.com](mailto:acisternasr@gmail.com), en que se adjunta Póliza A 2510786 más instructivo;

6.- Que, con fecha 13 de junio de 2016, el actor, sr. Andrés Alexis Cisternas Vega, ingresa al Hospital Clínico de la Universidad de Chile a efectos de someterse a una cirugía ortognática, sufriendo un accidente cerebrovascular isquémico hiperagudo del territorio superficial, dictaminándose por la Comisión Médica de la Región Santiago Centro, de la Superintendencia de Pensiones, con fecha 07 de junio de 2017, un menoscabo de la capacidad de trabajo de un 70% (igual o mayor a 2/3), impedimento “ACV, hemiplejía derecha, afasia-I69”;

7.- Que, el actor, denunció el siniestro a la Compañía Aseguradora, con fecha 26 de junio de 2018, el que fue desestimado por no encontrarse cubierto por la póliza, de acuerdo a lo informado por liquidador;

8.- Que, el actor, reclamó ante la Comisión Para el Mercado Financiero, por la no cobertura de su invalidez, recibiendo respuesta con fecha 08 de octubre de 2018, indicándosele que en caso de continuar las diferencias entre las partes, debía hacer valer sus derechos por vía judicial;



**UNDÉCIMO:** Que, como se adelantó, en estos autos se deduce acción de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, por don Andrés Alexis Cisternas Vega en contra de Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., con el objeto que se dé cumplimiento al contrato de seguro celebrado entre las partes, contrato de seguro de vida individual con prima variable, con cláusulas adicionales de cobertura para muerte accidental, invalidez accidental y beneficios de gastos médicos por accidente, póliza particular N° A-2510786, con vigencia desde el 29 de febrero de 2016 y hasta el 26 de febrero de 2083, y de esta forma se ordene a la Compañía Aseguradora cubrir el siniestro, procediendo al pago de 3.000 UF, con intereses y costas.

Que, por su parte, la demandada, al contestar el libelo deducido en su contra, solicita su rechazo, con expresa condena en costas, argumentando que el siniestro reclamado carece de cobertura, pues un derrame cerebral no es un accidente, sino una enfermedad, agregando, además, que en el caso sub lite, el grado de incapacidad es de un 70%, siendo exigido en la póliza un 80%, todo lo que fue analizado latamente en el motivo segundo d este fallo;

**DUODÉCIMO:** Que, atendido el mérito de la acción deducida en autos, cabe señalar que de acuerdo al artículo 1545 del Código Civil, “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”. Por su parte, el artículo 1546 del citado cuerpo de leyes dispone que “Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”, agregando el artículo 1489 inciso 2° del Código Civil, que en el caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, “podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”.

Luego, y en lo que respecta a la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, ésta tiene lugar cuando se infringe una obligación preexistente entre las partes, fundamentalmente de origen convencional, y por asimilación, de otras fuentes extracontractuales (René Abeliuk Manasevich, Las Obligaciones, Tomo II, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, año 2011, pág. 911).

También se ha dicho que la “Responsabilidad contractual es la sujeción a la sanción impuesta por un ilícito contractual. Este ilícito es el daño causado a otro por la infracción de una obligación o relación jurídica específica preestablecida, sea que derive ella de un contrato, un cuasicontrato o de una disposición de la ley, como la obligación alimenticia. Su sanción es la de reparar o indemnizar el daño causado por



dicha infracción” (Alessandri, Somarriva, Vodanovic, Tratado de Las Obligaciones, Volumen II, Editorial Jurídica de Chile, Segunda Edición, año 2010, pág. 251).

Que, de conformidad al inciso primero del artículo 1556 del Código Civil, “La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento”.

En torno a dicho precepto, la doctrina ha determinado como requisitos de la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual los siguientes: a) Que entre las partes exista un contrato válido; b) Que el daño sea ocasionado por una de las partes en perjuicio de la otra; c) Que el daño provenga del incumplimiento y no de otra actuación del deudor;

**DÉCIMO TERCERO:** Que de acuerdo al artículo 512 del Código de Comercio, “El seguro es un contrato bilateral, condicional y aleatorio por el cual una persona natural o jurídica toma sobre sí por un determinado tiempo todos o algunos de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes a otra persona, obligándose mediante una retribución convenida a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados”.

Para don Ricardo Sandoval López, son características del contrato de seguro, el ser *bilateral, solemne, nominado, oneroso, de buena fe, de adhesión, dirigido, principal* y generalmente *individual*, siendo sus principios formativos los siguientes: *buena fe, interés asegurable, subrogación, indemnización, contribución y causa inmediata* (Ricardo Sandoval López, Derecho Comercial, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, Tomo III, página 193 y 188).

Según explica el mismo autor, existen cuatro grupos de seguros, a saber: seguros de cosas, seguros de derechos, seguros de patrimonio total y seguros de personas. “El primer grupo está formado por el conjunto de ramos de seguros en que el objeto del seguro es el interés del asegurado en una cosa... El segundo grupo está integrado por ramos que protegen un derecho existente o que se espera exigir de terceros, generalmente emanado de un contrato... En el tercer grupo encontramos los ramos en que el objeto del seguro es todo el patrimonio considerado en su conjunto... Finalmente, el cuarto grupo está compuesto por los ramos en que el objeto del seguro es la vida, la salud o la integridad física o mental de una persona; ejemplos: el seguro de vida, el seguro de accidentes personales, seguro de riesgos de enfermedades, seguro de desgravamen hipotecario, etcétera” (Ricardo Sandoval López, op. cit., pág. 191).

Que, “según prescribe el art. 61 inciso segundo del DFL N° 251, la liquidación de un siniestro tiene por fin, básicamente, determinar la ocurrencia de un siniestro, si el riesgo está bajo cobertura de una compañía determinada, y el monto de la indemnización a pagar, todo ello conforme al procedimiento establecido en el



Reglamento de los auxiliares del comercio de seguros. La liquidación se desenvuelve sobre la base de una serie de actividades, que parten con la recepción del reclamo de indemnización y sus antecedentes, que le envía el asegurador al liquidador, prosigue con inspecciones al objeto dañado y al lugar del siniestro, evaluación de daños y peritajes, luego de lo cual este funcionario hace un análisis de los antecedentes recogidos durante todas las etapas anteriores, lo que culmina en la elaboración de un informe de liquidación que el liquidador debe entregar al asegurado y el asegurador” (“Osvaldo Contreras Strauch, Derecho de Seguros, Análisis Sistemático de la Nueva Ley Chilena sobre Contrato de Seguro, Thomson Reuters, 2º Edición, julio 2014, pág. 664), observándose como principios de esta actividad los siguientes: a) principio de celeridad y economía procedimental; b) principio de objetividad y carácter técnico; y c) Principio de transparencia y acceso (Osvaldo Contreras Strauch, op. cit., pág. 671);

**DÉCIMO CUARTO:** Que, en el caso sub lite, la negativa de la demandada a indemnizar el siniestro verificado, dice relación con no encontrarse cubierto por la póliza.

Señala para ello, que el accidente cerebro vascular sufrido por el actor, no corresponde a un accidente propiamente tal y que, además, la cobertura otorgada por la póliza exige un 80% de incapacidad para el trabajo.

Que, por su parte, el demandante, en el libelo, refiere que la solicitud o propuesta no contenía prácticamente ninguna de las menciones exigidas por la ley, salvo las menciones al capital asegurado y otras relativas a antecedentes del asegurado, indicando que se contrató la póliza entendiendo el concepto de invalidez conforme a la definición del artículo 4 del DL 3500 de 1980. Añade, además, que la póliza no fue entregada dentro de plazo legal, de conformidad al artículo 519 del Código de Comercio;

**DÉCIMO QUINTO:** Que, para resolver, cabe tener presente lo dispuesto en los artículos 1545 y 1546 del Código Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; principios que rigen en materia de seguros, así como los hechos que se han tenido por establecidos en el motivo décimo.

Luego, pese a lo señalado por el actor, en cuanto a la no entrega de la póliza dentro del plazo establecido en la ley, cabe señalar que de acuerdo a correo electrónico de 11 de marzo de 2016, se remitió Póliza A 2510786 más instructivo, a la casilla [acisternasr@gmail.com](mailto:acisternasr@gmail.com). De este modo y sin perjuicio de la fecha de suscripción de la póliza y vigencia de la misma, al menos ya en esa fecha y con anterioridad, tomó conocimiento de su contenido, debiendo tener presente lo consignado por aquel en cuanto: “Yo, Andrés Alexis Cisternas Vega, Rut 15.615.791-0, declaro que la Compañía dando cumplimiento al inciso 2º del Artículo 514 del Código de Comercio



me he hecho entrega por escrito de la información relativa al contrato de Seguro Bussiness Life, Capital, Premium Life Liquidez, Pro Mujer y Pro futuro”, documentos por lo demás depositados y disponibles en la página web de la ex Superintendencia de Valores y Seguros, hoy Comisión para el Mercado Financiero;

**DÉCIMO SEXTO:** Que, por otra parte, tal como se adelantó, y de acuerdo a las condiciones de la póliza, se entiende por accidente: “Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado”. En cláusula 3, relativa a exclusiones, se señala: “El presente adicional excluye de su cobertura la invalidez del asegurado que ocurra a consecuencia de: g) Tratamientos médicos, fisioterapéuticos, quirúrgicos o anestésicos”.

Así las cosas y aún para el caso de otorgarse un sentido amplio al concepto de “accidente”, este Tribunal se ve enfrentado a diversos obstáculos para acceder a la pretensión del actor. En primer lugar, a la referencia enfermedades vasculares; en segundo lugar, a la exclusión de la cobertura invalidez en caso de devenir de un tratamiento médico, fisioterapéutico, quirúrgico o anestésico, reiterando que en el caso sub lite el Accidente Cerebro Vascular se relaciona con una cirugía maxilofacial ortognática; y, en tercer lugar, a la exigencia de “una pérdida total o el debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales de a lo menos un ochenta por ciento (80%) de su capacidad de trabajo”, lo que no se condice íntegramente con el Dictamen de Invalidez de la Comisión Médica, Santiago Centro, de la Superintendencia de Pensiones, que determina un menoscabo de la capacidad de trabajo de un 70% (setenta por ciento), no pudiéndose extender las cláusulas del contrato de seguro a aspectos excluidos o no contemplados en aquel;

**DÉCIMO SÉPTIMO:** Que, en virtud de lo anterior, no encontrándose cubierto el siniestro denunciado en la póliza de seguros, no cabe más que rechazar la demanda sub lite;

**DÉCIMO OCTAVO:** Que, atendido lo resuelto precedentemente, resulta innecesario referirse a las demás alegaciones o defensas de las partes;

**DÉCIMO NOVENO:** Que, la restante prueba rendida y no pormenorizada precedentemente, en nada altera lo concluido por esta magistrado;





«RIT»

Foja: 1

**VIGÉSIMO:** Que, atendido el mérito de los antecedentes y lo dispuesto por el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, estimando esta magistrado que el actor ha litigado con motivo plausible, se le eximirá del pago de las costas de la causa.

Por estas consideraciones y visto lo dispuesto en los artículos 1489, 1511, 1545, 1546, 1698, 1699, 1700, 1702 y siguientes del Código Civil; 144, 254, 342 y 346 del Código de Procedimiento Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; DFL 251; y demás normas pertinentes, se declara:

**I.- Que se rechaza la demanda deducida con fecha 31 de julio de 2020.**

**II.- Que se exime del pago de las costas a la demandante.**

Notifíquese, dése copia y archívese en su oportunidad.

**ROL N° 11.608-2020**

Dictada por doña **Soledad Araneda Undurraga**, Juez Titular.

Autoriza doña **Carla Gamboa Contreras**, Secretaria Subrogante.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. En **Santiago, seis de Mayo de dos mil veintidós.-**

