

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 26º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-22139-2018
CARATULADO : VALDÉS/PHILIPP

Santiago, treinta y uno de Mayo de dos mil veintidós

VISTOS:

Comparece don **CRISTIAN ABRAHAM VALDÉS SOTO-AGUILAR**, pensionado, domiciliado en Avenida La Vega N° 597, departamento 101, Edificio El Roble, comuna de Talcahuano, deduce demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicios, en contra de **ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por su gerente general Herbert Gad Philipp Rodríguez, ignora profesión, ambos domiciliados en calle Bombero Ossa N° 1068, Piso 4, comuna de Santiago.

Funda su acción en que con fecha 30 de abril de 2014, recibió una propuesta de seguro individual denominado “Super Seguro de Accidentes”, número de póliza 1842039, SVS POL 3 2013 0362, póliza que tendría como beneficiaria María Cristina Soto-Aguilar Cartes, con las siguientes coberturas:

NOMBRE COBERTURA
Alt. B Desmenbr. E ITO X
Acc.
Altern A, Muerte
Accidental
Renta Mensual 60 meses
Acc.

En dicha propuesta de seguros establecía las siguientes coberturas según Pol 3 2013 0362 (condicionado general): “La



«RIT»

Foja: 1

compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente, o de hospitalización a causa de enfermedad, las indemnizaciones, reembolsos y rentas señaladas en las condiciones particulares, de acuerdo a lo indicado en la descripción de las coberturas que a continuación se mencionan, siempre y cuando estén expresamente consignadas en el cuadro de condiciones y características que forman parte integrante de esta póliza, mediante el cargo de la prima que corresponda.

- A. *Muerte accidental.*
- B. *Desmembramiento y la incapacidad total y permanente.*
- C. *Renta mensual cónyuge.”*

Señala que en atención a dicha propuesta, contrató el seguro denominado “Súper Seguro Accidentes”, bajo la póliza N° 1848529, con vigencia desde el 23 de mayo de 2014, hasta 22 de mayo de 2015, renovable automáticamente por periodos anuales, mediante pagos mensuales descontados directamente desde su cuenta corriente.

Dicha póliza de seguros comprende las siguientes coberturas:

Coberturas	Registro S.V.S.	Capital Asegurado (UF)	Prima Exenta (UF)	Prima Afecta (UF)	IVA (UF)	Prima Bruta (UF)
Alt. B Desmembr. e ITP x Acc.	Pol 3 2013 0362	2.000	0	0,1441	0,0274	0,1715
Alten A, Muerte Accidental	Pol 3 2013 0362	2.000	0,2300	0	0	0,2300
Renta Mensual 60 meses Acc	Pol 3 2013 0362	20	0,2200	0	0	0,2200

En cuanto a la cobertura señalada en el punto anterior, según se especifica en la Póliza de accidentes personales individuales, Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 2 2013 0362, de la Superintendencia de Valores y Seguros, establece las siguientes prestaciones en sus artículos 2 y 3:

- A. *Muerte accidental.*



«RIT»

Foja: 1

- B. Desmembramiento y la Incapacidad Total y Permanente.
- C. Reembolso de Gastos Médicos.
- D. Renta Mensual Cónyuge.
- E. Renta Anual Escolaridad.
- F. Reembolso Adicional por Hospitalización a Causa de Accidente y/o Enfermedad.

Por otra parte, y de acuerdo a lo establecido en la letra “B” del artículo N° 4, del “*Desmembramiento e Incapacidad Total y Permanente*”, en el punto B.1., establece que la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado: “*50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano*”

Indica, a mayor abundamiento, que no solamente contrató la póliza anteriormente señalada, sino que las siguientes, que en general constituyen los seguros contratados denominados “súper seguro accidentes”, que contemplan desgravamen, invalidez, cesantía, entre otros:

Póliza	Tipo Beneficio	Fecha Inicio Vigencia	MONTO UF.
487	Invalidez ITP	30-06-2014	647
503	Invalidez ITP	20-01-2014	
1848529	Desmembramiento	23-05-2014	2425,5
1882846	Invalidez ITP		500

Expresa que la Póliza N° 487, corresponde a crédito de consumo, por invalidez de los 2/3; Póliza N° 503, corresponde a línea de sobregiro, acreditando invalidez de los 2/3; Póliza N° 1848529, se paga acreditando desmembramiento, etc.

En cuanto a las condiciones particulares de dichas pólizas, en atención al siniestro, éstas se rigen por lo contemplado por el artículo 1° letra c) de la cláusula adicional incorporada al depósito de pólizas de la Comisión del Mercado Financiero, “Cobertura por Invalidez Permanente 2/3”, bajo el Código CAD 2 2013 0151, articulado que está registrado en el depósito de pólizas que para estos efectos lleva



Foja: 1
la Superintendencia de Valores y Seguros (S.V.S.) y que forma parte integrante de la póliza en comento, el que dispone “*Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula adicional*”.

Según dicha cobertura, la aseguradora se obliga a cubrir el seguro contratado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que la cobertura principal para dicho asegurado esté vigente;
- b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla los sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las condiciones particulares de la póliza;
- c) Que la invalidez permanente dos tercios sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula Adicional (vale decir, dentro del período de cobertura indicado en la póliza contratada por mi representado ya que esta “cláusula adicional” es parte integrante de ella, como condicionado general);
- 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 3º del presente adicional; y
- e) Que haya transcurrido el “período de carencia” para esta cobertura definido en las condiciones particulares. No obstante lo anterior, no se contempla periodo de carencia.

Respecto al siniestro, expone que es un pensionado de la Armada de Chile, desde el día 1 de enero de 2016, tras 25 años de impecable servicio, así las cosas, debido a la mala intervención quirúrgica del médico tratante, esto es en su pierna izquierda, debí ingresar, el día 23 de junio de 2016, al Hospital Naval “Almirante Neff”, hasta que a fines de julio del mismo año, le fue amputada su pierna izquierda, lo que mantuvo hospitalizado hasta el día 7 de noviembre del mismo año, debido a tal razón denunció este siniestro ante la compañía de seguro demandada, con el objeto de que se le paguen los montos asegurados.



Foja: 1

Indica que con fecha 4 de octubre de 2016 ingresó el siniestro N° 135132, por desmembramiento y la invalidez que presentaba, de los seguros contratados bajos las pólizas señaladas en los acápite anteriores, sin embargo, estas han sido rechazadas por la demandada, argumentando que el siniestro ocurre en agosto de 2012 y no durante el inicio de vigencia del contrato de seguro, esto es, a fines de mes de septiembre de 2014.

Por lo anterior, hace presente lo siguiente:

1. Durante el mes de julio de 2011, tuvo un accidente automotriz, en el que tuve politraumatismo; hemorragia cerebral, fractura de fémur izquierdo y esguince de rodilla izquierda con lesión ligamentosa.
2. No obstante lo anterior, no tuvo ningún tipo de pronóstico médico o patología que diera origen de modo alguno a la amputación de su pierna.
3. Con fecha 4 de junio de 2016, acudió al Hospital Naval de la ciudad de Talcahuano, debido a un fuerte dolor en su rodilla izquierda, quienes le indican que la herida producto de la operación anterior no estaba cicatrizando bien, para posteriormente el día 23 de junio ser trasladado al Hospital Naval de la ciudad de Viña del Mar, para someterse a una cirugía por orden del traumatólogo Cristian Godoy Barrios, quien determinó que debería someterme a una cirugía de amputación, siendo realizada el día 14 de julio de 2016, luego de dicha intervención permanecí hasta hospitalizado hasta el día 7 de noviembre de 2016.
4. Así las cosas, sin una pierna menos no tuvo otra opción que tramitar su declaración de Invalidez ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región del Bío-Bío (COMPIN), que le decreta un porcentaje de Discapacidad equivalente al 80%, a través de la Resolución Exenta N° 5397 de fecha 29 de noviembre de 2016, por la cual consta que padece de más de 2/3 de incapacidad o invalidez total.

En relación al informe del liquidador, manifiesta que mientras se encontraba hospitalizado en el Hospital de la Armada de Chile,



Foja: 1

“Almirante Neff”, realizó la denuncia y consultó vía telefónica los pasos a seguir ante la compañía de seguro demandada, por lo cual se le asignó el siniestro N° 135132, por lo que una vez dado de alta, se dirigió inmediatamente ante el Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región del Bío-Bío, de su domicilio, organismo que le ha decretado el 80% de discapacidad, de manera que posee más de 2/3 de Incapacidad permanente, mediante Resolución exenta N° 5397.

Posterior a la entrega de sus antecedentes clínicos y certificado de invalidez, transcurrido un año, esto es, el día 1 de diciembre de 2017, el subgerente de beneficios Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A, Gonzalo Fernández, envía por carta un “informe de liquidación”, el cual resuelve el rechazo del siniestro, indicando que “*el diagnóstico padecido por el asegurado, ocurre previo al inicio de la vigencia de la fecha contratada (23/05/2015 inicio de vigencia), de acuerdo a informe médico tratante, firmado por el Dr. Cristian Godoy Barrios, en el cual indica que la fecha de diagnóstico corresponde al mes de agosto de 2012*”

Señala, que impugnó los rechazos resueltos por la demandada en torno a las coberturas por invalidez total y permanente y desmembramiento, quienes con fecha 18 de abril de 2018, reiteran su decisión respecto de las pólizas N° 487, 493, 503, 1848529, señalando que “*el accidente sufrido por usted y que le provocó las lesiones que finalmente produjeron su incapacidad total y permanente tiene fecha de agosto del año 2012 y su invalidez fue declarada en el año 2016 (...)*”, agregando “*las Condiciones Generales exigen que para que se le otorgue cobertura a este tipo de siniestros, la declaración de invalidez se debe producir dentro de los 90 días posteriores al accidente, cuestión que no ocurre en su caso en particular, toda vez que dicha declaración se realiza años después*”.

Agrega que lo informado por la demandada en el informe de liquidación, no fundamenta sus decisiones, no señala cuales serían las hipótesis clínicas firmadas por el médico tratante Cristian Godoy Barrios que han llevado a concluir que en agosto de 2012, se le



«RIT»

Foja: 1
diagnosticó la amputación o que se le amputaría su pierna o bien que padecía patologías que tendrían como consecuencia dicho desenlace, vale decir, contaba con una enfermedad preexistente, sin embargo, en ese sentido nada señala, por lo que resulta arbitraria la decisión adoptada por la demandada, puesto que es evidente que se le amputa su pierna cinco años después de su accidente automovilístico, de lo contrario, su ex institución empleadora, la Armada de Chile, le hubiese pensionado por discapacidad o invalidez.

En cuanto al derecho, indica que el contrato de seguro en Chile es un contrato dirigido, ello significa que las compañías de seguros no pueden operar, sino con modelos de póliza que hayan sido depositados o registrados por la Superintendencia de Valores y Seguros.

Se aplica en su integridad a este respecto el principio de la libertad contractual consagrado en el artículo 1545 del Código Civil, el que se complementa con los artículos 1546, 1547 y 1560 del mismo cuerpo legal.

De acuerdo a lo dispuesto por el artículo 514 del Código de Comercio, el seguro es un contrato solemne, que se perfecciona y prueba por un documento denominado póliza.

La póliza, según dicha norma, puede extenderse como escritura pública, privada u oficial. Normalmente se otorga por instrumento privado, extendiéndose en dos ejemplares para resguardo recíproco de las partes. En este documento, las partes estipulan todo lo concerniente a sus derechos y obligaciones; especifican los riesgos cubiertos; el plazo de vigencia del contrato; las cosas objeto del seguro; las primas, el monto asegurado, etc. En la póliza se distinguen dos partes: las condiciones particulares y las condiciones generales. En la primera se especifica todo lo que cada seguro tiene de singular: la persona del asegurado; las cosas aseguradas; el monto del seguro; las primas; la vigencia, etc. Las Condiciones Generales van impresas y ellas valen para todo contrato del tipo a que corresponda el formulario (para cada tipo de contrato de seguro existe un formulario).



«RIT»

Foja: 1

Según las normas que informan el seguro, las obligaciones que asume el asegurador frente al contrayente están, entre otras, pagar la indemnización que proceda, en caso de siniestro. Sin embargo, para que al asegurador le asista la obligación de indemnizar el siniestro, deben concurrir principalmente las siguientes condiciones: a) la existencia de un contrato de seguro y que éste sea válido; b) el cumplimiento de parte del contrayente de todas las obligaciones y cargas que deba observar; c) que ocurra un siniestro por alguno de los riesgos previstos en la póliza y cubiertos por ella; y d) que el siniestro acaezca durante la vigencia del contrato por alguno de los riesgos previstos en la póliza estando ésta vigente.

La principal obligación del contrayente, una vez ocurrido el siniestro, esto es, desde la fecha en que le fue amputada su pierna, la cual es precisamente poner en conocimiento del asegurador el acaecimiento del siniestro y una relación circunstanciada de sus causas, consecuencias y demás hechos ilustrativos que permitan al asegurador imponerse debidamente del suceso.

Afirma que cumplió con su obligación de informar y demostró la ocurrencia del siniestro, cumpliendo con los requisitos para dar lugar a las coberturas contratadas con la demandada, en consecuencia, correspondía al asegurador cumplir con la obligación que le impone el artículo 529 N° 2 del Código de Comercio, esto es, indemnizar el siniestro cubierto por la póliza y no lo ha hecho, sin dar cobertura a ninguno de los seguros contratados.

A mayor abundamiento, la aseguradora erradamente concluye rechazar las pólizas reclamadas, añadiendo que la declaración de invalidez se produce durante el 2016, años después del accidente por el que se le da el diagnóstico desfavorable, esto es, durante 2012, sin considerar que el hecho denunciado es consecuencia de un hecho completamente diferente al que sirve de base la demandada para no dar cumplimiento al contrato y que hace suyo como causa justificada para su exención en el pago de la indemnización pactada, pese a que ha cumplido las obligaciones que le impone el artículo 524 N° 8 del



Foja: 1

Código de Comercio en cuanto a declarar verazmente y sin reticencia las circunstancias de la ocurrencia del siniestro, de lo contrario la Compañía de Seguros Zurich Santander no habría indemnizado la póliza N° 1882846, por la suma de 500 UF por invalidez ocasionada por pérdida de visión.

De acuerdo a la presunción establecida por el artículo 531 del Código de Comercio, que dispone “*El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador*” es el asegurador quien debe probar que el hecho que origina el siniestro no se encuentra cubierto en la referida póliza.

El artículo 1489 del Código Civil dispone: “*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.*”

Conforme a las consideraciones previamente expuestas, teniendo presente entonces que las causales invocadas por la demandada en orden a rechazar el siniestro de autos son absolutamente improcedentes, por cuanto ellas no tienen asidero fáctico ni jurídico alguno para denegar la cobertura de éste, la aseguradora debe cumplir su obligación contractual en orden a indemnizar por el siniestro de invalidez 2/3 y desmembramiento contratados por él, según lo contemplado en las condiciones particulares de la póliza contratada entre las partes, haciéndose de esta forma aplicable la condición resolutoria tácita, la cual impera en todos los contratos bilaterales y que por tanto habilita a exigir el cumplimiento de lo pactado en las póliza N° 487; 493; 503; y 1848529, todas vigentes desde el 2014, hasta la fecha de ocurrido el siniestro denunciado, esto es, la amputación de su pierna izquierda.

De acuerdo a lo previsto en dicho artículo, y conforme a los hechos previamente descritos, al haber ocurrido un siniestro que produjo la pérdida total del objeto asegurado, la compañía aseguradora debe cumplir con la obligación principal que le impone el



Foja: 1

contrato de seguro, esto es, indemnizar el siniestro cubierto por la póliza (artículo 529 N° 2 del Código de Comercio) lo que en el caso de marras se traduce. Por su parte, el artículo 512 del Código de Comercio: *“Contrato de seguro. Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufriere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas”*

En la conclusión, previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicios, en contra de la demandada, ya individualizada, acogerla a tramitación y, en definitiva, acogerla en todas sus partes condenándola a:

- i) Hacer efectiva la cobertura de la póliza N° 487, 493, 503 y 1848529 de la cual esta parte es asegurado, pagando la suma de 2.425,65 UF, que corresponde a la suma de \$65.956.043.- considerando para su cálculo el valor de la UF al día 18 de julio de 2018, la que ascendía a la suma de \$27.191,08.-
- ii) Ordenar el reembolso de todas las cuotas que haya pagado por concepto de crédito(s) de consumo contratado(s) con el Banco Santander en su oportunidad, monto que deberá considerar el período comprendido entre la fecha en que se le dictaminó su invalidez 2/3 por la institución correspondiente y aquélla en la cual la sentencia que se dicte en la presente causa quede firme y ejecutoriada; y
- iii) Las costas.

Con fecha 29 de noviembre de 2018, se verificó la notificación de la demanda.

Con fecha 16 de enero de 2019, se tuvo por contestada la demanda en rebeldía y se confirió traslado para la réplica, la que se evacuó el 17 de enero de 2019.

Con fecha 18 de febrero de 2019, se tuvo por evacuada la dúplica en rebeldía y se citó a las partes a audiencia de conciliación.



Foja: 1

Con fecha 24 de mayo de 2019, se llevó a efecto la audiencia de conciliación, con la comparecencia del demandante, junto a su apoderado, y en rebeldía de la parte demandada, lo que no prosperó.

Con fecha 31 de mayo de 2019, se recibió la causa a prueba.

Con fecha 14 de marzo de 2022, se citó a las partes a oír sentencia.

Con fecha 26 de abril del año en curso, se dispuso medida para mejor resolver, la que no se cumplió, decretándose lo pertinente con fecha 9 de mayo de 2022.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

PRIMERO: Don Cristian Abraham Valdés Soto-Aguilar, dedujo demanda en juicio ordinario sobre cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicios, en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. y sobre la base de los fundamentos expuestos en la parte expositiva de la presente sentencia, solicitó hacer efectiva la cobertura de la póliza N° 487, 493, 503 y 1848529 de la cual es asegurado, pagando la suma de 2.425,65 UF; ordenando el reembolso de todas las cuotas que haya pagado por concepto de crédito de consumo contratado con el Banco Santander del periodo referido en el petitorio; y el pago de las costas.

SEGUNDO: La demanda se contestó en rebeldía y en la réplica se reiteraron los hechos alegados en la demanda. La dúplica se tuvo por evacuada en rebeldía.

TERCERO: La parte demandante a fin de acreditar su pretensión se hizo valer de la siguiente prueba:

A) DOCUMENTAL:

1. Copia de la póliza N° 1848529 “Súper seguro de accidentes” Emitida el 13 de junio de 2016.
2. Certificado de discapacidad otorgado por el Servicio de Registro Civil e Identificación, en el que consta que posee una discapacidad del 80%.
3. Copia de credencial de discapacidad otorgada por el Servicio de Registro Civil e Identificación.



Foja: 1

4. Copia de certificado otorgado por el médico Cristian Godoy Barrios, traumatólogo, Hospital Naval Almirante Nef, en el que se indica que el paciente se encuentra hospitalizado desde el 23 de junio de 2016 con diagnóstico de “*amputación supracondilia*” siendo intervenido el 14 de julio de 2016.

5. Copia de un certificado otorgado por el médico Cristian Godoy Barrios, médico traumatólogo, del Hospital Naval Almirante Nef, en el que se indica que el demandante fue “*intervenido quirúrgicamente el día 14 de julio por el diagnóstico de infección y reacción inflamatoria debido a Prótesis Articular, realizándose Retiro de endoproteesis articular / Amputación de Pierna. El 29 de agosto ingresa nuevamente al pabellón, por el diagnóstico de Complicación Mecánica de Dispositivo Protésico*

6. Copia de certificado de discapacidad dictamen de 29 de noviembre de 2016, otorgado por el Compin Provincial de Concepción.

7. Copia de resolución administrativa otorgada por la Comisión de Sanidad de la Armada de Chile con fecha 30 de octubre de 2017, signada bajo el número P.C.S.A. RES. N°1600/150/37403 D.I.R.H.U.M. en el que consta que padece un menoscabo laboral permanente superior al 67%.

B) TESTIMONIAL: Declaró don Alberto Gregorio Nova Brevis y doña Elizabeth Abigail Olivares Mellado, quienes legalmente juramentados, sin tachas, afirmaron que el actor tenía un seguro contratado y que no se cumplió, y que el accidente ocurrió el 30 de julio de 2016 (1° testigo) y 14 de julio de 2016 (2° testigo), que luego del accidente fue trasladado al Hospital Naval donde le fue amputada su pierna izquierda, lo que estaba considerado dentro de la póliza como cobertura, todo lo que le ha ocasionado perjuicios económicos y morales.

CUARTO: La parte demandada acompañó:

1. Copia de las **condiciones particulares** del seguro “de accidentes personales” “copia actualizada” **Nº Poliza 1848529 con vigencia desde el 23 de mayo de 2014 al 22 de mayo de 2020,**



«RIT»

Foja: 1
renovable por períodos anuales, emitida el 27 de junio de 2019, en el que se indican las siguientes coberturas:

Coberturas	Registro S.V.S.	Capital Asegurado (UF)	Prima Exenta (UF)	Prima Afecta (UF)	IVA (UF)	Prima Bruta (UF)
Alt. B Desmembr. e ITP x Acc.	Pol 3 2013 0362	2.000	0	0,1441	0,0274	0,1715
Alten A, Muerte Accidental	Pol 3 2013 0362	2.000	0,2300	0	0	0,2300
Renta Mensual 60 meses Acc	Pol 3 2013 0362	20	0,2200	0	0	0,2200

2. Copia de documento **condiciones generales** de la póliza N° 1848529 “póliza de accidentes personales individuales”, depósito de pólizas bajo el código POL 3 2013 0362.

En su artículo N° 3: Cobertura se indica: “*La compañía pagará al asegurado o a sus beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente (...) las indemnizaciones, reembolsos y rentas señaladas en las condiciones particulares (...)*”

En su artículo N° 4: Descripción de las coberturas -en lo que interesa- se expresa: “*(...) B. DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Este plan contempla las coberturas de Desmembramiento y la Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo a lo siguiente: B.1) Desmembramiento: En virtud de esta cobertura y cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indica, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia, la compañía indemnizará al asegurado los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado en las condiciones particulares de la póliza: (...) 50% por la pérdida de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano (...) B.2) Incapacidad total y permanente: En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de*



Foja: 1
lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa días contados desde la fecha del accidente (...) total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar cualquier ocupación o de emprender cualquier trabajo o negocio lucrativo, la compañía pagará (...) el porcentaje de la suma asegurada bajo esta cobertura indicado en las Condiciones Particulares (...)"

3. Copia de las condiciones particulares colectiva para seguro de desgravamen e invalidez permanente dos tercios para crédito de consumo tradicional, de la póliza N° 487, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. el 1 de diciembre de 2013 y en la que se indica: “(...) 1. ASEGURADOS *Las personas naturales deudoras o codeudoras solidaria de la entidad contratante por créditos de consumo otorgados por el contratante, sobre cuya vida la Compañía Aseguradora asume el riesgo de fallecimiento o invalidez permanente 2/3, que haya solicitado el asegurado y que se individualiza en los respectivos certificados de cobertura.* 2. BENEFICIARIOS *El beneficiario de la póliza será Banco Santander Chile S.A. en su calidad de acreedor del crédito, o su cesionario legal o convencional (...) El capital asegurado en la cobertura de invalidez permanente 2/3 es el saldo insoluto de la deuda vigente a la fecha de la declaración de invalidez permanente del deudor, suponiendo un servicio regular de la deuda”*

4. Copia de las condiciones particulares de la póliza colectiva N° 503 para seguro de desgravamen e invalidez permanente dos tercios para línea de crédito y tarjeta de crédito emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., con fecha 1 de diciembre de 2013, en la que se indica: “(...) 1. ASEGURADOS *Titulares, personas naturales, deudores de la Entidad Contratante por Líneas de Crédito y/o sobregiros en Cuentas Corrientes, Personales y Pluripersonales, Cuenta Vista, Tarjetas de Crédito emitidas por Terceros y representantes legales de personas jurídicas, que cumplan con los requisitos descritos más adelante, y cuya nómina el contratante informará a la Compañía mediante medio magnético. En caso de*



Foja: 1

existir Líneas de Crédito Pluripersonales, se deberá contratar un seguro para cada uno de los deudores, de tal forma que en caso de fallecimiento de cualquiera de ellos, se pague su proporción de la deuda total en relación a las personas titulares aseguradas. 2. **BENEFICIARIOS** El beneficiario de la póliza, en caso de Fallecimiento o *Invalidez Total y permanente 2/3 de algún asegurado*, será Banco Santander Chile S.A. o su Cesionario Legal o Convencional, a cualquier título. 3. **CAPITAL ASEGURADO** El seguro cubre el monto adeudado de la Línea de Crédito y la prima se paga sobre el cupo utilizado. Un cambio de cupo de la Línea de Crédito debe entenderse, para los efectos del cobro del seguro, como una apertura en donde la prima a cancelar corresponderá a la prima asociada al nuevo cupo menos la cobertura “sin utilizar” pagada antes de la ampliación del cupo, por el cliente asegurado. Esta última corresponderá a la proporción de los meses no cubiertos por la prima pagada anteriormente, es decir, para aumentos de cupo, se entenderá como abono a la nueva prima lo cancelado anteriormente y que “no se ocupó”. La cobertura de cada crédito es anual, desde el momento de la apertura o cambio de cupo”

5. Copia de las condiciones particulares de la póliza colectiva N° 493 para seguro de desgravamen para consumo online, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. con fecha 1 de diciembre de 2013

6. Copia de condiciones generales para seguro colectivo de desgravamen depositada bajo el código POL 2 2013 0095, aplicables a las pólizas 487, 493 y 503.

7. Copia de la cláusula adicional para seguro colectivo de pago anticipado de capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, adicional a seguro colectivo de desgravamen Código POL 2 2013 0095, depositada bajo el código CAD 2 2013 0151 aplicables a las pólizas 487, 493 y 503.

8. Copia del informe del médico tratante emitido por don Cristián Godoy Barrios, jefe de servicio de traumatología del Hospital



«RIT»

Foja: 1

Naval Almirante NEF, con timbre de recepción por parte de la demandada de 18 de octubre de 2017 en cuyo acápite a) Nº 2 se indica: “*Diagnóstico preciso Amputación Supracondilia Izquierda. Causa: Infección Prótesis Rodilla. Fecha del diagnóstico Agosto 2012* (...) *Período de Incapacidad (Reposo): Desde 14/07/2016 Hasta ----* (...) *Amputación supracondilia (...)*”; Nº 6 se indica: “*¿Ha sido sometido a intervenciones quirúrgicas? SI-X- En caso afirmativo, detallar tipo de intervención, fecha y resultado Amputación (...) izquierda 14/07/16*”; Nº 7 refiere que: “*¿Cuál es la condición actual de su paciente? -X—Se encuentra en tratamiento (...) Especifique: Por proceso de instalación ortesis (prótesis (...)*”

9. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 25 de noviembre de 2016, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro Nº135132, correspondiente a la póliza Nº1848529: i) Parte policial; ii) Resultados toxicológico y alcoholemia; iii) Ficha clínica Hospital Naval.

10. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 9 de diciembre de 2016, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro Nº135132, correspondiente a la póliza Nº 1848529: i) Parte policial; ii) Resultados toxicológico y alcoholemia; iii) Ficha clínica Hospital Naval.

11. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 27 de diciembre de 2016, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro Nº135132, relacionada a la póliza Nº 1848529: i) Parte policial; ii) Resultados toxicológico y alcoholemia; iii) Ficha clínica Hospital Naval.

12. Copia de carta resolución de 6 de marzo de 2017, en que informa al asegurado que el proceso de liquidación del siniestro Nº135132 se encuentra cerrado en razón de que el propio asegurado no presentó a la fecha los antecedentes requeridos y necesarios para



«RIT»

Foja: 1

la evaluación del siniestro. Con todo se le informa al asegurado que si presenta los antecedentes requeridos, la Compañía procederá a la reapertura del caso.

13. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 8 de agosto de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N°135132, relacionada a la póliza N°1848529: i) informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

14. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 8 de agosto de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N° 114473, relacionada a la póliza N°487: i) informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

15. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 8 de agosto de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N° 114473, relacionada a la póliza N° 493: i) informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

16. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 8 de agosto de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el



Foja: 1
siniestro N° 114473, relacionada a la póliza N° 503: i) Informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

17. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 4 de septiembre de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N° 114473, relacionada a la póliza N° 503: i) informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

18. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 28 de agosto de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N° 135132, relacionada a la póliza N° 1848529: i) informe médico tratante por TEC; ii) Informe médico tratante del traumatólogo; iii) Informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis; vi) dictamen final de AFP, COMPIN con el porcentaje de cada patología; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia.

19. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 8 de septiembre de 2017, solicitando antecedentes para poder evaluar el siniestro N°s 114473 y 135132, relacionados a las pólizas N° 487, 493, 503 y 1848529: i) informe médico tratante por TEC; ii) informe médico tratante del traumatólogo; iii) informe médico tratante del oftalmólogo; iv) histórico de gastos médicos ambulatorios; v) epicrisis hospital naval; vi) detalle de evaluación médica del dictamen por la comisión médica COMPIN que determine la calidad de incapacidad total y



«RIT»

Foja: 1
permanente con sus respectivas patologías y los porcentajes de menoscabo, que determinaron la invalidez; vii) parte policial por accidente de tránsito; viii) dato de atención de urgencia por accidente de tránsito.

20. Copia de informe de liquidación de 30 de octubre de 2017 remitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. al demandante **respecto del siniestro N° 135132, relacionado a la póliza N° 1848529**, en la que se indica: “(...) Cobertura siniestrada 10 – Alt. B Desmembr. e ITP x Acc Condicionado General POL 3 2013 0362 Período de Vigencia Desde 23/05/2014 hasta 22/05/2018 (...) Resolución Rechazado Fecha emisión del Informe 30/10/2017 (...) Fecha de la denuncia 24/11/2016 (...) Fecha del siniestro 07/08/2012 (...) ANTECEDENTES DEL SINIESTRO Diagnóstico NEUROPATIA OPTICA BILATERAL POST. TRAUMATICA Relación de los hechos del siniestro: Asegurado presenta exámenes y documentación que acredita diagnóstico indicado. ANALISIS TECNICO DE COBERTURA Dado los antecedentes presentados, es nuestra opinión que el siniestro que se informa no reconoce amparo en la póliza contratada, debido a que la fecha del diagnóstico es previa a la fecha de vigencia de la póliza contratada, y de acuerdo al artículo N°2 de las Condiciones Generales inscritas en el Registro de Polizas de la SVS, bajo el POL 3 2013 0362 (...) CONCLUSION Con el mérito de lo expuesto la Compañía no aprueba el evento señalado anteriormente e informa que no corresponde indemnizar al asegurado (...)”

21. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 3 de noviembre de 2017, volviendo a solicitar antecedentes para poder evaluar el siniestro N° 144064, relacionada a la póliza N° 1848529: i) registro de prestaciones médicas; ii) informe médico tratante traumatología; iii) informe médico tratante oftalmología; iv) informe médico post TEC; v) epicrisis de hospitalización de accidente; vi) dato de atención de urgencia por accidente de tránsito.

TTHCZRXXFH


Foja: 1

22. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 10 de noviembre de 2017, volviendo a solicitar antecedentes (de fecha 8 de septiembre de 2017) para poder evaluar el siniestro N° 135132, relacionada a la póliza N° 1848529: i) Informe Médico Tratante TEC; ii) Informe Médico Oftalmología; iii) Informe Médico Traumatólogo Tratante; iv) Histórico de Gastos Ambulatorios Curativos; v) Epicrisis Hospital Naval; vi) Detalle de Evaluación Médica del Dictamen por la comisión médica COMPIN que determine la calidad de incapacidad total y permanente con sus respectivas patologías y los porcentajes de menoscabo, que determinaron la invalidez; vii) Dato de Atención de Urgencia por accidente de tránsito.

23. Copia de documento intitulado “respuesta de impugnación” de 1 de diciembre de 2017, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. relativa al siniestro N°114473, relacionada con las pólizas N°s 487, 493 y 503. Producto Desgravamen consumo. En el que se indica: *“Respecto de su apelación de fecha 22 de noviembre de 2017, hemos revisado nuevamente el siniestro N° 114473, y la documentación recepcionada el 07 de noviembre de 2017, y lamentamos informar que nuestra compañía a(sic) determinado mantener el rechazo del evento denunciado(…)"*

24. Copia de carta de impugnación de 22 de diciembre de 2017 emitida por el actor objetando el informe de liquidación de 19 de diciembre de 2017, en la que se indica: *“Que, fueron rechazados con fecha 19-12-2017. Que, no está de acuerdo, dicha resolución, por haber enviado documentación que acredita lo claro y preciso de afecciones del suscrito. Que, motivos de rechazo no son consistentes para tal efecto. Que, solicita respetuosamente empresa liquidadora se contacte con afectado (...) Que, el reclamo es con justa razón, debido a que siniestro es de fecha 14 julio 2016., que le efectúa amputación de pierna izquierda y no otra fecha tal como lo explico en cartas de impugnación de rechazo de siniestro 14064, que se anexa a la presente minuta (...)"*



Foja: 1

25. Copia de respuesta de impugnación de 5 de enero de 2018, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. relativa a los siniestros N°114473, 135132, 144064 y 141161, relacionada con las pólizas N°s 487, 493, 503 y 1882846, en que se mantiene el rechazo del informe de liquidación, concluyendo que la neuropatía óptica y desmembramiento tienen causa anterior a la fecha de la vigencia de las pólizas contratadas.

26. Copia de certificado de incapacidad emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación en el cual se señalan los dictámenes N° 16.745 de fecha 6/10/2014, N° 4.987 de fecha 19.03.2015 y N° 5.397 de fecha 29 de noviembre de 2016.

27. Copia de ficha de caso RUC 1100728120-1 de 15 de junio de 2015, que da cuenta del accidente sufrido por el señor Cristián Abraham Valdés Soto-Aguilar, correspondiente a un accidente automovilístico que le provoca diversas lesiones, entre ellas una fractura de fémur izquierdo y luxo fractura de rodilla izquierda además de un traumatismo encéfalo craneano – TEC.

28. Copia de certificado médico emitido por el doctor Gonzalo García San Martín, traumatólogo del Hospital Naval de Talcahuano, de fecha 25 de septiembre de 2014, en el que detalla que el *“paciente sufre accidente de tránsito con fractura de fémur izquierdo y luxofractura rodilla izquierda, evolucionando con artrosis severa, por lo que requirió una artroplastia total de rodilla”*

29. Copia del informe médico tratante emitido por el doctor Álvaro Bobadilla, Oftalmólogo Hospital Naval (T.) “A.A” de la ciudad de Talcahuano, de 7 de Julio de 2014, que señala que el asegurado presenta diagnósticos de TEC complicado, neuropatía óptica bilateral, ojo izquierdo ciego y cuadrontopsia ojo derecho, a raíz del accidente sufrido del año 2011 y copia simple de análisis de campo único de 20 de agosto de 2014 y copia simple de examen de curva de tensión aplánica emitidos por el servicio de oftalmología del Hospital Naval (T.) “A.A” de la ciudad de Talcahuano de fecha 20 y 21 de agosto de 2014.



Foja: 1

30. Copia de querella en causa RIT 6012-2012 presentada en contra del doctor Cristián Godoy Barrios, Rut 7.016.431-0 de 16 de mayo de 2012, por negligencia culpable en el desempeño de su profesión del artículo 491 del Código Penal.

31. Copia de informe de liquidación de 10 de noviembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 487.

32. Copia de addendum al informe de liquidación de 11 de diciembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 487, en el que se rechaza el siniestro denunciado toda vez que el diagnóstico y causa de la “Neuropatía Óptica Bilateral- TEC complicado - Ojo izquierdo ciego- Cuadrontopsia ojo derecho – Fractura de fémur”, deberá ser reevaluada solicitando nuevos antecedentes para la liquidación.

33. Copia de informe de liquidación de 25 de Marzo de 2015 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 487, en el que se rechaza el siniestro denunciado toda vez que el diagnóstico y causa de la “Neuropatía Óptica Bilateral- TEC complicado - Ojo izquierdo ciego- Cuadrontopsia ojo derecho – Fractura de femur”, archivando el caso debido a que el asegurado no ha presentado los documentos solicitados por la compañía.

34. Copia de declaración personal de salud del asegurado, firmada por don Cristián Abraham Valdés Soto-Aguilar de 27 de junio de 2014, relacionada con la póliza N° 487, en la que se establece que *“es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud...declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento(...)"* a lo que declaró: *“Sin declaración de enfermedades”*

35. Copia de informe de liquidación de 10 de noviembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado con la póliza N° 493.



Foja: 1

36. Copia de addendum al informe de liquidación de 11 de diciembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 493, en el que se rechaza el siniestro denunciado toda vez que el diagnóstico y causa de la “Neuropatía Óptica Bilateral- TEC complicado - Ojo izquierdo ciego- Cuadrontopsia ojo derecho – Fractura de femur”, deberá ser reevaluada solicitando nuevos antecedentes para la liquidación.

37. Copia de informe de liquidación de 25 de marzo de 2015 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 487, en el que se rechaza el siniestro denunciado toda vez que el diagnóstico y causa de la “Neuropatía Óptica Bilateral- TEC complicado - Ojo izquierdo ciego-Cuadrontopsia ojo derecho – Fractura de femur”, archivando el caso debido a que el asegurado no ha presentado los documentos solicitados por la compañía.

38. Copia de carta de antecedentes dirigida al asegurado y emitida por Zurich Santander Seguros de Vida S.A. de fecha 26 de mayo de 2015, volviendo a solicitar antecedentes (de fecha 8 de septiembre de 2017) para poder evaluar el siniestro N° 114473, relacionadas a las pólizas N°s 493 y 503: i) Informe Médico Tratante TEC; ii) Informe Médico Oftalmología.

39. Copia de informe de liquidación de 10 de noviembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 503.

40. Copia de addendum al informe de liquidación de 11 de diciembre de 2014 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. en atención al siniestro N° 114473 relacionado a la póliza N° 503, en el que se rechaza el siniestro denunciado toda vez que el diagnóstico y causa de la “Neuropatía Óptica Bilateral- TEC complicado - Ojo izquierdo ciego- Cuadrontopsia ojo derecho – Fractura de femur”, deberá ser reevaluada solicitando nuevos antecedentes para la liquidación.



Faja: 1

41. Copia de declaración personal de salud del asegurado, firmada por don Cristián Abraham Valdés Soto-Aguilar de 27 de junio de 2014, relacionada con la póliza N° 503, en la que se establece que *“es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud... declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento(...)"* a lo que declaró: *“Sin declaración de enfermedades”*

QUINTO: El objeto del presente juicio es determinar si ha existido incumplimiento al contrato de seguros por parte de la demandada, al no haber otorgado cobertura respecto del siniestro denunciado por el actor, fundado en que los hechos que lo originaron tienen causa anterior a la vigencia de la póliza.

SEXTO: Al efecto se fijaron los siguientes hechos substanciales, pertinentes y controvertidos:

1. Si la compañía de seguros, incumplió sus obligaciones nacidas del contrato de seguro, para con el demandante.
2. Si por hecho del incumplimiento de la demandada sufrió daños el demandante. Hechos y circunstancias en que se funda.
3. Efectividad de haberse producido un daño al demandante. Relación de causalidad entre el incumplimiento y el daño. Hechos en que se funda.
4. Existencia, naturaleza y monto de los perjuicios sufridos por el demandante.

SEPTIMO: Sobre la base de la prueba rendida, especialmente instrumental, se tienen por acreditados los siguientes hechos:

1. Que las partes celebraron el contrato de seguro denominado “seguro de accidentes personales” N° de póliza 1848529 que -en lo que interesa- cubre el riesgo de desmembramiento e invalidez total y permanente, a causa de accidentes.
2. Que la vigencia de la póliza era por el período comprendido entre el 23 de mayo de 2014 al 22 de mayo de 2020.
3. Que en el año 2011 ó 2012 el actor sufrió un accidente de tránsito que le generó traumatismos ópticos y del fémur y rodilla izquierda.



«RIT»

Foja: 1

4. Que con fecha 14 de julio de 2016 el demandante fue sometido a una cirugía denominada “amputación supracondilia izquierda” por una infección y reacción inflamatoria debido a prótesis articular, realizándose retiro de endoproteesis articular y amputación de pierna.
5. Que el actor presenta los siguientes grados de discapacidad, por las causas que se indican:
 - a. Por Dictamen Nº 16.745 de oficina COMPIN Concepción de 6 de octubre de 2014 una discapacidad de 70% cuya causa principal es física y secundaria sensorial visual.
 - b. Por Dictamen Nº 4.987 de oficina COMPIN Concepción de 19 de marzo de 2015 una discapacidad de 80% cuya causa principal es sensorial visual y secundaria física.
 - c. Por Dictamen Nº 5.397 de oficina COMPIN Concepción de 29 de noviembre de 2016 una discapacidad de 80% cuya causa principal es física y secundaria sensorial visual.
6. Que con fecha 30 de octubre de 2017 el Presidente de la Comisión de Sanidad de la Armada de Chile don Julio Lagos mediante P.C.S.A RES Nº 1600/150/31403 D.I.R.H.U.M dispuso mantener el diagnóstico de enfermedad invalidante del actor de carácter permanente, otorgándole derecho para ser considerado con inutilidad de segunda clase.
7. Que la compañía aseguradora rechazó la cobertura del siniestro “neuropatía óptica y desmembramiento” asociado al número 135132 por tener una causa anterior a la fecha de la vigencia de la póliza.

OCTAVO: El artículo 512 del Código de Comercio establece en lo pertinente que: *“Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufriere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.*



Foja: 1

Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo (...)"

Por su parte, lo que atañe del artículo 529 del mismo estatuto expresa: “*Art. 529. Obligaciones del asegurador. Además de la contemplada en el artículo 519, el asegurador contrae las siguientes obligaciones: (...) 2) Indemnizar el siniestro cubierto por la póliza*”

Finalmente y sobre el particular, los artículos 531 y 532 del ya referido estatuto mercantil, declaran, respectivamente: “*Art 531. Siniestro. Presunción de cobertura y excepciones. El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador.*

El asegurador puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley” y “*Art. 532. Época del siniestro. Si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños. Pero si principiare antes y continuare después que los riesgos hubieren comenzado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable del siniestro*”

NOVENO: Resulta necesario establecer que el mencionado artículo 531 del estatuto mercantil dispone una presunción en orden a que la compañía aseguradora debe responder por el siniestro de que se trate. En la especie, el desmembramiento y la incapacidad total y permanente del actor.

Sin embargo, atendida la naturaleza de aquélla, resulta posible que la aseguradora acredite que el siniestro ha ocurrido por un hecho que no lo constituye en responsable.

DECIMO: Conforme quedó asentado en el considerando séptimo de la presente resolución, la amputación de la pierna izquierda del actor y la subsecuente declaración de discapacidad en un 80% ocurrió el año 2016, como consecuencia de una dolencia consistente en “infección y reacción inflamatoria debido a prótesis articular”, la que es de suponer -según el relato que se hace en la



Foja: 1
demanda- le fue implantada por el daño ocasionado por el accidente ocurrido el año 2011 ó 2012.

UNDECIMO: Consecuentemente, el desmembramiento, esto es, "la separación de los miembros o extremidades de un cuerpo" y la incapacidad total y permanente, fueron consecuencia de un hecho que no ocurrió entre el 23 de mayo de 2014 al 22 de mayo de 2020, época de cobertura de la póliza de que se trata.

DUODECIMO: De lo anterior se sigue que la compañía demandada por el hecho de no haber cubierto el siniestro denunciado no ha cometido incumplimiento de las obligaciones emandas del contrato de seguro.

DECIMO TERCERO: Por lo dicho y no habiéndose acreditado el hecho generador de responsabilidad y que fuera fijado en la interlocutoria de prueba, referido en el número 1 del considerando sexto de la presente sentencia, la demanda será desestimada según se dirá en lo resolutivo, no procediendo que este tribunal se pronuncie respecto de los demás requisitos que hacen procedente la indemnización de perjuicios que se pretende en esta sede contractual.

DECIMO CUARTO: Finalmente resta expresar que incumbe probar la existencia de las obligaciones o su extinción a quien alega aquéllas o ésta, conforme lo dispone el artículo 1698 del Código Civil y que la demás prueba rendida en nada altera lo concluido.

DECIMO QUINTO: Considerando que el actor ha tenido motivos plausibles para litigar será eximido del pago de costas.

Por estas consideraciones y visto además, lo dispuesto en los artículos 1, 144, 160, 154, 170, 254 y siguientes, 342, 346 y 356 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 1489, 1545, 1546, 1556 y 1698 del Código Civil, 512, 514, 524 y 529 del Código de Comercio, **se declara:**

- I. Que se rechaza la demanda deducida en todas sus partes.
- II. Que no se condena en costas al demandante, conforme se dijo en el motivo décimo quinto de la presente sentencia.

Regístrate, notifíquese y archívese, en su oportunidad.



«RIT»

Foja: 1

**PRONUNCIADA POR DON RICARDO HUMBERTO CORTES
CORTES, JUEZ TITULAR.**

**AUTORIZA, DOÑA LORETO GREZ BECKER, 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, treinta y uno de Mayo de dos mil veintidós**



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.

A contar del 03 de abril de 2022, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>