

NOMENCLATURA : 1. [40] Sentencia
JUZGADO : 28° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-3693-2022
CARATULADO : FERNÁNDEZ/ZURICH SANTANDER SEGUROS
DE VIDA CHILE S.A.

Santiago, treinta de Junio de dos mil veintitrés

VISTOS:

Con fecha 6 de mayo de 2022, Comparece YAMIR RIVERA MALVERDE, abogado, en representación de FUDACIÓN VALÍDAME, legalmente representada por JUAN CARLOS PIZARRO CORTÉS, en representación a su vez, de don IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, comerciante, todos domiciliados para estos efectos en calle Malaquías Concha número trescientos diez, departamento cuatrocientos dos, de la comuna de Providencia, ciudad de Santiago y expone que viene en deducir demanda por incumplimiento contractual en contra de ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., del giro asegurador, legalmente representada por don HERBERT GAD PHILIPP RODRÍGUEZ, o quien ocupe el cargo de gerente de conformidad a lo dispuesto en el artículo 8° del Código de Procedimiento Civil, ambos domiciliados en Bombero Ossa 1068 piso 4, Santiago.

Con fecha 8 de Agosto de 2022, a folio 13, comparece Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch, abogado, en representación de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., domiciliado para estos efectos en calle Flor de Azucena N° 111 oficina 51, de la Comuna de Las Condes y solicita el total rechazo de la demanda interpuesta.

Con fecha 29 de Agosto de 2022, folio 18, se tuvo por evacuado el trámite de la réplica, en rebeldía de la parte demandante.

Con fecha 5 de Septiembre de 2022, a folio 19, el demandado evacuó el trámite de la dúplica, reiterando los fundamentos de hecho y derecho contenidos en el escrito de contestación de la demanda.

Con fecha 27 de Octubre de 2022, a folio 25, se llevó a efecto el llamado a conciliación, el que no prosperó atendido la inasistencia de una de las partes.

Con fecha 3 de noviembre de 2022, folio 27, se recibió la causa a prueba, rindiéndose la que consta en autos.

Con fecha 29 de Marzo de 2023, se citó a las partes a oír sentencia.

CON LO RELACIONADO Y TENIENDO EN CONSIDERACIÓN



Foja: 1

PRIMERO: Con fecha 6 de mayo de 2022, Compareció YAMIR RIVERA MALVERDE, abogado, en representación de FUDACIÓN VALÍDAME, legalmente representada por JUAN CARLOS PIZARRO CORTÉS, en representación a su vez, de don IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, comerciante, quien dedujo demanda por incumplimiento contractual en contra de ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., del giro asegurador, legalmente representada por don HERBERT GAD PHILIPP RODRÍGUEZ, o quien ocupe el cargo de gerente de conformidad a lo dispuesto en el artículo 8° del Código de Procedimiento Civil.

Indicó que su parte contrató con el demandado una póliza número 487/650035843030, con cobertura del riesgo de invalidez 2/3, por la suma de 1.000 Unidades de Fomento y que con fecha 10 de diciembre de 2021, mediante resolución número 11506/2021 de la Comisión Medica Central (CMC) fue declarado inválido 2/3, con un grado de menoscabo de 68%, en base al siguiente diagnóstico: Tr. Adaptación, Alteración de la marcha por coxa y gonartrosis.

Expuso que habiendo denunciado el siniestro a este se le asignó el número 121005343, y que, según carta de fecha 26 de enero de 2022, fue comunicado como cubierto por el demandado, pero luego al emitirse la liquidación se rechazó por falta de cobertura.

Agregó que la liquidación fue realizada directamente por el asegurador, quien, al emitir el informe final de liquidación, señaló que rechazaba el siniestro por preexistencia de las enfermedades que originaron la invalidez, según carta de liquidación de siniestro, en efecto, el informe de liquidación señala: “De lo anterior, se ha determinado rechazar la cobertura reclamada, una vez analizado el antecedente aportado: Dictamen de Reevaluación de Invalidez N° 010.1238/2020, de fecha 27 de Febrero de 2020 emitido por la Superintendencia de Pensiones Comisión Médica de la Región de Concepción, las patologías que provoca la Invalidez Total fueron diagnosticadas en Dictamen N° 010.4530/2018 de fecha 18 de octubre de 2018, fecha previa a la vigencia inicial de la presente póliza”

Puntualizó que se procedió a la respectiva impugnación del siniestro sin lograr revertir la situación de rechazo hasta la fecha.

En cuanto al derecho, dijo que la doctrina nacional ha indicado que la cobertura de un siniestro corresponde a la verificación de la condición suspensiva de la cual se sujeta la obligación de indemnizar que pesa sobre las compañías de seguros: “La materialización del riesgo consiste en la ocurrencia del evento riesgoso cubierto por el seguro o, en otros términos, el paso de la condición suspensiva a que está sujeta la obligación de indemnizar que contrae el



Foja: 1

asegurador, de pendiente a cumplida” (CONTRERAS STRAUCH, Osvaldo, “Derecho de seguros”, 3º Edición, Legal Publishing, Chile, año 2015, pág. 208)

Señaló que en la especie y según lo acredita la cobertura de ambas pólizas, estas cubren la ocurrencia de la invalidez 2/3, siniestro que se materializó con fecha 10 de diciembre de 2021, mediante resolución de la CMC número 11506/2021, todo ello dentro de la vigencia de la póliza.

Expresó que el asegurador demandado no quiere pagar el siniestro puesto que alega una preexistencia de la enfermedad al tiempo de celebrar el contrato de seguro, lo que impediría el pago del siniestro.

Mencionó que para comprender la real situación jurídica respecto de la cobertura del siniestro hay que tener presente la indisputabilidad de la póliza.

Indicó que respecto de los reales antecedentes médicos contenidos en el acta de la Comisión Médica Regional del Biobío, que permite declarar la invalidez 2/3 en esta última solicitud - después de transcurrir 3 años de la solicitud anterior-, es la existencia para tal periodo de un cuadro de trastorno de adaptación, cuestión claramente diferente a lo señalado para rechazar el siniestro y, de hecho, no existente siquiera en el proceso de solicitud anteriormente rechazado en el año 2018.

Adujo respecto del segundo punto, que según señala la ley en el artículo 592 del Código de Comercio, el asegurador no puede invocar para negar la cobertura la reticencia del asegurado de entregar información que influye en la estimación del riesgo después de transcurrido más de dos años desde la iniciación del seguro.

Mencionó también que el asegurador por la cobertura vendida ha cobrado mes a mes la prima para hacerse cargo del riesgo en el caso de ocurrir, de manera que no puede desconocer ahora su obligación de pago alegando cuestiones que por contrato ha declarado expresamente no interesarle para comprometerse, como es el estado de salud previo de este asegurado.

Declaró que inicialmente el siniestro fue notificado como aprobado, pero luego emitió un informe final rechazando el pago, lo que sería contrario a la teoría de los actos propios fundados en la buena fe de manera que no resulta tolerable que pueda el demandado desdecirse de sus dichos sobre el siniestro, especialmente cuando es él mismo el liquidador, puesto que ha decidido liquidarlo directamente. En consecuencia, procedía que el siniestro fuera dado a pago en el informe final, por todas las razones supradichas.

Por lo que solicita, tener por interpuesta demanda de cumplimiento contractual en contra ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., someterla a tramitación y en definitiva declarar: Que se condene al demandado al



Foja: 1

pago del siniestro número 121005343, por la suma de 1.000 Unidades de Fomento, según lo indica la póliza contratada número 487/650035843030 y que se condene en costas al demandado.

SEGUNDO: Con fecha 8 de Agosto de 2022, a folio 13, compareció Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch, abogado, en representación de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., quien solicitó el total rechazo de la demanda interpuesta, con costas.

En cuanto al seguro contratado, indicó que con fecha 7 de noviembre de 2019, el demandante señor Ignacio Javier Fernández Astete, suscribió de puño y letra su incorporación al seguro colectivo de desgravamen de la póliza 487 con cobertura adicional de invalidez total y permanente 2/3.

Expuso que la cobertura de desgravamen, conforme al certificado de cobertura y solicitud de incorporación N°4930598 suscrito por el demandante, se otorgaba conforme a las Condiciones Generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 2 2013 0095 cubriendo el fallecimiento del asegurado mediante el pago del saldo insoluto de la deuda contratado con el banco beneficiario, según su monto a la referida fecha de fallecimiento.

Agregó que la cobertura adicional de invalidez total y permanente dos tercios, se otorga de acuerdo a la Cláusula Adicional también depositada en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código CAD 2 2013 0151, para cubrir la invalidez permanente 2/3 del asegurado pagando anticipadamente el saldo insoluto de la deuda al tiempo de invalidez. El beneficiario del seguro según disponen las condiciones generales y particulares de la póliza es el contratante del seguro colectivo, esto es, el Banco Santander y para que el asegurado tenga derecho a la cobertura de invalidez permanente 2/3 requiere cumplir copulativamente con cinco condiciones o presupuestos de procedencia de la cobertura, sin las cuales no tendrá derecho a la indemnización del seguro.

a) Que la cobertura principal (desgravamen) para dicho asegurado este vigente; b) Que la invalidez permanente dos tercios se produzca antes que el asegurado cumpla 60 años de edad; c) Que la invalidez permanente sea causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de la cláusula adicional; d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas de la cobertura; y e) Que haya transcurrido el periodo de carencia.

Expresó que la aseguradora demandada rechazó el siniestro por cuanto las enfermedades que provocaron la invalidez dos tercios no se originaron durante la vigencia de la póliza, por lo que no concurre la condición contemplada en la letra c) del artículo N°1 "Cobertura" de la cláusula adicional CAD 2 2013 0151 aplicable



Foja: 1

a la póliza 487, y en las condiciones particulares o certificado de cobertura emitido para el demandante señor Ignacio Javier Fernández Astete.

Afirmó que el asegurador simplemente ha descartado la cobertura por no concurrir los presupuestos o condiciones de su procedencia contemplados en el artículo N°1 "Cobertura" de la Cláusula Adicional y en las condiciones particulares o certificado de cobertura. En efecto, conforme a esa disposición contractual la invalidez cubierta por la póliza debe haberse provocado por una enfermedad originada durante la vigencia de la cláusula adicional.

Expuso que en la especie, la cobertura para el señor Fernández Astete se inició el 7 de noviembre de 2019, fecha en que presentó su solicitud de incorporación al seguro de la póliza 487. Antes de esa fecha, el asegurado no estaba asegurado por la póliza colectiva 487 ni había solicitado su incorporación, siendo completamente ajeno a esa cobertura.

Refirió que la actora alega que el dictamen de la Comisión Médica Central N°11.506/2021 de 10 de diciembre de 2021, es el que determina su invalidez y por medio del cual se materializó el siniestro, y que incluyó el cuadro mental de trastorno adaptativo no existente en el año 2018, cuando se rechazó su solicitud de pensión por invalidez total presentada al COMPIN y, en consecuencia, señala, no es una enfermedad preexistente. Sin embargo señala que los hechos son diferentes.

Primeramente dijo que el dictamen N°11.506/2021 de la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, corresponde al pronunciamiento emitido con ocasión del reclamo que, en conformidad a los artículo 4 y 11 del Decreto Ley 3.500 presentó la aseguradora de la póliza de seguro de Invalidez y Sobrevivencia del artículo 59 del mismo Decreto Ley, en contra del dictamen de reevaluación de invalidez N°010.1238/2020 emitido por la Comisión Médica Regional de Concepción con fecha 27 de febrero de 2020. Por medio de este último dictamen la referida Comisión estableció respecto del señor Ignacio Javier Fernández Astete, una invalidez total y permanente dos tercios, en razón de las enfermedades de trastorno adaptación y alteración de la marcha por coxa y gonartrosis, ponderadas ambas en un 68% de invalidez.

Indicó que el dictamen N°010.1238/2020 apelado por la asegurado del seguro de invalidez y sobrevivencia, es muy preciso en señalar que la solicitud de reevaluación del grado de invalidez fue presentada por el demandante a la Comisión Médica de Concepción, con fecha 10 de septiembre de 2019 y en ella se incluyó el trastorno de adaptación. Es decir, con dos meses de anterioridad a la solicitud de incorporación al seguro colectivo de desgravamen e invalidez 487, que presentó a Zurich Santander con fecha 7 de noviembre de 2019.



Foja: 1

Conjuntamente con lo anterior afirmó que en el acta N°866 de fecha 17 de noviembre de 2021 acompañada por la contraria y por medio de la cual se analizó la apelación que presentó la aseguradora de invalidez y sobrevivencia contra la resolución N°010.1238/2020 de 27 de febrero de 2020, se consignaron una serie de comentarios y opiniones médicas resultando elocuente aquella emitida por la Doctora Carmen Martínez, interconsultor psiquiatra, quien declaró que el demandante se controlaba con psiquiatra hace aproximadamente cuatro o cinco años, es decir, desde el año 2016 o 2017 al menos. Como puede apreciarse la patología mental del asegurado se habría originado mucho antes de su incorporación a la póliza de autos, evolucionando hasta provocarle su invalidez.

Adicionalmente, la misma doctora señaló que durante gran parte de esos cinco o cuatro años el demandante se ha venido tratando su patología en el Redgesam, clínica especializada en salud mental. Corrobora esta afirmación, la declaración del doctor Carlos Orellana Díaz, médico Psiquiatra, efectuada en certificado acompañado por la contraria a la aseguradora, de fecha 10 de agosto de 2020, el que señala que los “principales perpetuadores de sus síntomas ansiosos y depresivos, son el proceso judicial por la tuición de su hijo, junto con la batalla legal que ya lleva cuatro años, debido a su postulación a pensión de invalidez, dado su artrosis de cadera y rodilla Servera bilateral”.

Agregó también que en este mismo sentido, la coxa y gonartrosis establecidas como impedimento invalidante en el dictamen de reevaluación de invalidez N°010.1238/2020 de 27 de febrero de 2010, no son más que la evolución de la coxa artrosis o artrosis de cadera que sirvió de fundamento de la invalidez parcial concedida al demandante por dictamen N°010.4530/2018 que la Comisión Médica Regional de Concepción, emitió con fecha 18 de octubre de 2018, es decir, con más de un año de anticipación a la solicitud de incorporación al seguro de desgravamen e invalidez, efectuada el 7 de noviembre de 2019.

Citó también lo expuesto por el doctor traumatólogo don Cristián Cárdenas Ramírez, tratante del demandante desde al menos el año 2017, quien habría señalado ya en el año 2018 que los síntomas del diagnóstico a la rodilla y a la cadera irían en aumento, afirmaciones médicas que confirman que esta enfermedad ponderada para su invalidez permanente dos tercios, se originó con anterioridad a la fecha de la incorporación del demandante a la póliza colectiva 487.

Concluyó entonces que las enfermedades ponderadas para dictaminar la invalidez total del demandante para efectos de pensiones, tuvieron su origen antes de la entrada en vigencia de la póliza del señor Fernández, motivo por el cual no se cumple el presupuesto de la letra c) del artículo 1 “Cobertura” de las



Foja: 1

Condiciones Generales de la póliza 487, siendo correcto el rechazo del asegurador y completamente apegado a la póliza y a los reales hechos materia de autos, por lo que no hay incumplimiento.

Adujo que la aseguradora que representan cumplió adecuadamente sus obligaciones. Desde que se completaron todos los antecedentes para poder liquidar el siniestro en su totalidad, la aseguradora desplegó las acciones pertinentes para tales efectos.

Dijo también que la demandante, en cambio reclama lo contrario y asume que Zurich Santander fue contra sus actos propios, toda vez que habría comunicado inicialmente la procedencia de la cobertura para luego cambiar de opinión e informar su rechazo. Tal afirmación de la contraria es equivocada.

En efecto declaró que el asegurado tenía con la aseguradora tres seguros de desgravamen con invalidez 2/3 contratados con ocasión de tres créditos tomados en distintas oportunidades. Los dos primeros seguros se solicitaron por el demandante, presentando la debida declaración de salud, en septiembre y noviembre de 2015, es decir, con anterioridad a la primera solicitud de invalidez que presentó el demandante al Compin y previo a los años de inicio de la enfermedad, según refieren los doctores que lo atendieron. Ambos seguros fueron acogidos por la aseguradora porque, en estos casos la invalidez efectivamente se causó por enfermedad originada durante la vigencia de esos seguros. Los siniestros liquidados con ocasión de estos seguros fueron los números 121005479 y 121005342.

Afirmó que los siniestros anteriores son distintos al siniestro materia de autos, en el sentido que este último se refiere a un seguro colectivo al que el demandante se incorporó el 7 de noviembre de 2019, momento en que la enfermedad causante del siniestro ya se había originado y, por tanto, respecto de este seguro no se cumplieron los requisitos y condiciones establecidos en la póliza, como extensamente ha sido expuesto anteriormente.

Mencionó que la aseguradora no se ha comportado de manera contradictoria, sino que conforme a los antecedentes tenido a la vista para cada uno de los 3 siniestros que tuvo que liquidar. La aseguradora acogió dos de ellos y pagó como indemnización del seguro los montos asegurados correspondientes a los saldos insolutos a esa fecha, sin reclamo de parte del demandante. Los pagos se hicieron al beneficiario y contratante de la póliza, el Banco Santander.

Aclaró que si no pagó el capital asegurado respecto del siniestro N°121005343, fue porque no se cumplieron las condiciones de procedencia de la cobertura contratada. En definitiva, la aseguradora no actuó contradiciendo sus propios actos, sino que en perfecta correspondencia con las pólizas emitidas.



Foja: 1

Por ultimo dijo que la contraria demanda el pago del seguro al contratante por la suma de UF 1.000 sin explicación alguna y que el capital asegurado para la invalidez 2/3 es exactamente el mismo establecido para el seguro principal de desgravamen. El capital asegurado en estos casos es decreciente pues corresponde al saldo insoluto de la deuda, la que va disminuyendo en la medida que se va sirviendo regularmente el pago de la deuda. Consecuentemente, la contraria deberá demostrar que el monto de la indemnización del seguro asciende a UF 1.000 para tener derecho a su pretensión, debiendo probar, además y previamente, la existencia de la obligación.

TERCERO: Que la controversia de autos, se circunscribe a determinar si la invalidez permanente de dos tercios fue causada por enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de la Cláusula Adicional o si por el contrario, dicha enfermedad se diagnosticó con anterioridad a la vigencia de dicha cláusula.

CUARTO: Que para acreditar su acción la parte demandante rindió las siguientes pruebas: **a) documental:** 1. Copia de informe de liquidación emitido por Zurich-Santander, de fecha de emisión 18 de febrero de 2022. 2. Copia de dictamen ejecutoriado de la Superintendencia de Pensiones, Comisión Médica Central, de fecha 10 de diciembre de 2021. 3. Copia del acta de la Comisión Médica Central, de fecha 17 de noviembre de 2021. 4. Serie de correos electrónicos enviados entre las partes de este juicio.

QUINTO: Que la parte demandada rindió las siguientes pruebas: **a) documental:** 1. Copia Simple de Propuesta/Certificado de Cobertura Solicita Seguro de Desgravamen, Póliza N°487 de fecha 07 de noviembre de 2019, en la cual se describe como una de las coberturas contratadas la de Invalidez Total y Permanente 2/3 bajo el código CAD 2 2013 0151. 2. Cláusula de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Permanente Dos Tercios, Adicional A: Seguro Colectivo de Desgravamen, Código POL220130095, correspondiente al modelo depositado en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código CAD2 2013 0151 la cual es aplicable a la póliza N° 487. 3.- Copia Simple de Informe de Liquidación emitido con fecha 18 de febrero de 2022 por Zurich Santander Seguros Generales Chile S.A. en la cual se liquida el siniestro N°121005343 asociado a la póliza 487 y en el cual se rechaza el siniestro sin hacer referencia a preexistencia o reticencia, sino que a una falta de cobertura. 4. Dictamen de Reevaluación de Invalidez Trabajador Afiliado N° 010.1238/2020 emitido por la Superintendencia de Pensiones Comisión Médica de la Región de Concepción de fecha 27 de febrero de 2020 5. Dictamen de Invalidez Solicitud de Pensión AFP Trabajador Afiliado N°010.4530.2018. 6. Copia Simple de Acta de la



Foja: 1

Comisión Médica N°11 de Biobío de fecha 17 de noviembre de 2021. 7. Certificado de fecha 27 de febrero emitido por Dr. Cristian Cárdenas Ramírez respecto a su paciente Ignacio Fernández Astete 8. Copia Simple de certificado emitido por Isapre Masvida de Histórico de Licencias Médicas Presentadas por Ignacio Javier, Fernández Astete de fecha 10/06/2020 en el cual se aprecian emitidas numerosas licencias médicas desde el 27/05/2017 hasta el 29/04/2020. 9. Póliza Individual de Seguro de Desgravamen e Invalidez Total Permanente 2/3 para Créditos Hipotecarios para la Vivienda y para Servicios Profesionales YDD00100050221 id Compañía 2475074 contratada por Ignacio Javier Fernández Astete que tiene una vigencia desde 29/08/2019 hasta 28/08/2022. 10. Copia Simple de Solicitud de Seguros Asociados a Créditos Hipotecarios para la Vivienda y para Servicios Profesionales de fecha 20/08/2019 suscrita por Ignacio Javier Fernández Astete. 11. Informe de Liquidación de fecha 18 de febrero de 2022 relativo al siniestro N° 121005479 correspondiente a seguro SIDP – Seguro Individual Desgravamen + ITP 2/3 HI PR bajo póliza 2475074, el cual otorga la cobertura solicitada. 12. Copia Simple de Solicitud de Seguros Asociados a Créditos Hipotecarios para la Vivienda y para Servicios Profesionales de fecha 31 de agosto de 2015 suscrita por Ignacio Javier Fernández Astete. 13. Póliza Individual de Seguro de Desgravamen e Invalidez Total Permanente 2/3 para Créditos Hipotecarios para la Vivienda y para Servicios Profesionales YDD00100085979 id Compañía 2013104 contratada por Ignacio Javier Fernández Astete que tiene una vigencia desde 16/02/2016 hasta 15/02/2022. 14. Informe de Liquidación de fecha 18 de febrero de 2022 relativo al siniestro N°121005342 correspondiente a seguro SIDP – Seguro Individual Desgravamen + ITP 2/3 HI C.H. bajo póliza 2013104, el cual otorga la cobertura solicitada.

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

1.- Que, IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, contrató seguro de desgravamen con la sociedad ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A, bajo la póliza de seguro colectivo de desgravamen N°487, suscrito por el demandado con fecha 7 de noviembre de 2019 y que cubre invalidez permanente de dos tercios del asegurado.

Este hecho se ha verificado en base a las afirmaciones realizadas por el actor en el libelo, que no fueron confrontadas por el demandado en el escrito de contestación, más la prueba documental presentada por ambas partes, referidas especialmente a la póliza del seguro colectivo de desgravamen, bajo el código POL220130095 y la cláusula adicional incorporada bajo el código CAD220130151,



Foja: 1

todos elementos que logran configurar una presunción judicial de conformidad a lo estipulado en el inciso 2 del artículo 426 del Código de Procedimiento Civil;

2.- Que, de acuerdo a la póliza de seguro colectivo de desgravamen, condiciones generales, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 220130095, y estipula que el capital asegurado establecido en la póliza principal para el caso de fallecimiento de un Asegurado, será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al Contratante del seguro principal en caso de producirse la invalidez permanente dos tercios del Asegurado, 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,
- d) Que la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas de cobertura conforme a las Condiciones Generales de la póliza o al artículo 3° del presente adicional,
- e) Que haya transcurrido el período de carencia, en caso de proceder, para esta cobertura definido en las Condiciones Particulares.

3.- Que, consta en la cláusula adicional, incorporada al depósito de pólizas bajo el código CAD220130151, que la Compañía Aseguradora aceptare la invalidez permanente de dos tercios, cuya declaración se haya efectuado por un dictamen de algún organismo previsional, se considerará que la enfermedad que origina la invalidez tiene como fecha de origen la fecha de invalidez que se indique en el dictamen ejecutoriado del sistema previsional establecido por el D.L. N° 3.500, de 1980. En caso que el asegurado no se encuentre afiliado al sistema previsional recién indicado, la fecha de la invalidez corresponderá a la fecha de la denuncia del siniestro a la Compañía Aseguradora.

4.- A su vez, en la cláusula adicional, artículo 2° letra a) define la Invalidez permanente dos tercios: La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500 de 1980. En todo caso, para efectos de esta Cláusula Adicional, siempre se considerará como invalidez permanente dos tercios los siguientes casos: La



Foja: 1

pérdida total de: La visión de ambos ojos, ambos brazos, o ambas manos, o ambas piernas, o ambos pies, o una mano y un pie.

5.- Que, con fecha 18 de octubre de 2018, mediante dictamen N°010.4530/2018, expedido por la Superintendencia de Pensiones de Concepción, se estableció como Impedimento del demandante COXOARTROSIS-M16, y señala como menoscabo de la capacidad de trabajo: 51.0% y considera que las enfermedades alegadas como invalidantes, provocan una pérdida de la capacidad de trabajo mayor del 50%, pero menos de dos tercios, por lo tanto acuerda, aceptar la invalidez transitoria parcial a contar del 20 de junio de 2018.

6.- Que con fecha 19 de diciembre de 2018, la Superintendencia de Pensiones, Comisión Médica Central, mediante resolución N°13580/2018, rechazó el reclamo interpuesto por la Compañía de Seguros, contra el dictamen N°010.4530/2018, y confirma la procedencia del otorgamiento de la invalidez parcial transitoria.

7.- Que con fecha 27 de febrero de 2020, mediante dictamen de reevaluación de invalidez trabajador Afiliado se estableció como impedimento Alteración de la marcha por coxa y gonartrosis R-26, y F-43, por lo que acuerda aceptar la invalidez definitiva total.

SÉPTIMO: Que, como se adelantó, en estos autos se deduce acción de cumplimiento de contrato de seguros, por IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, contra la sociedad ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE por el siniestro N°121005343, con el objeto que se dé cumplimiento al contrato de seguro DCO-Desgravamen Consumo, celebrado entre la aseguradora y don IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, con cláusula adicional por invalidez permanente, con vigencia desde el 07 de noviembre de 2019, y se ordene a la Compañía Aseguradora cubrir el siniestro, procediendo al pago de \$52.600.000.- con intereses, reajustes 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 la invalidez permanente dos tercios fue causada por enfermedad originada o accidente ocurrido antes de la vigencia de esta Cláusula Adicional.

OCTAVO: 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



Foja: 1

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 (Ren Abeliuk Manasevich, Las Obligaciones, Tomo II, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, a o 2011, p g. 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, 2010, p g. 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;

NOVENO: 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 la 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



Foja: 1

y causa inmediata (Ricardo Sandoval López, Derecho Comercial, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, Tomo III, páginas 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., p g. 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 dado 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 en 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, 2 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., p g. 671);

DÉCIMO: Que, en el caso sub lite, la negativa de la demandada a indemnizar el siniestro indicado, según el Informe de Liquidación de fecha 18 de febrero de 2022, se funda en que las patologías que provocaron la invalidez total fueron diagnosticadas en Dictamen N°010.4530/2018, de fecha 18 de octubre de 2018, fecha previa a la vigencia inicial de la presente póliza, que inicia el **7 de noviembre de 2019**.



Foja: 1

UNDÉCIMO: Que la parte demandada, para acreditar que las enfermedades que provocaron la declaración de invalidez permanente de la demandante se originaron con anterioridad al periodo de cobertura de la póliza, acompañó:

- a) Histórico de Licencias Médicas del demandante don Ignacio Javier Fernández Astete, en la que constan licencias médicas extendidas desde el 27 de mayo de 2017 a 29 de abril de 2020.
- b) Certificado emitido con fecha 27 de febrero de 2020, por el doctor Cristian Cárdenas Ramírez, médico traumatólogo del demandante, en el que refiere: “en relación a mi declaración ante ustedes en octubre de 2018, ratifico lo que dije de todos los síntomas que existían y que estos iban a ir en aumento. Que no era recomendable más operaciones en las caderas ni en las rodillas no se logró la recuperación, y se ha demostrado con exámenes que no se ha obtenido recuperación esperada”. Consta también que en el año 2019, tuvo exámenes periódicos con el Sr. Fernández y mediante exámenes se mostró una limitación severa de la rotación interna de ambas caderas superiores al 50% con limitación a la movilidad general.
- c) Que, de igual manera, el Acta medica de reevaluación diagnostica de fecha 17 de noviembre de 2021, en la que indican que ya en 2017, se diagnosticó un menoscabo global de 34% (pinzamiento de caderas y artrosis de rodillas). En la misma junta, el psiquiatra de la comisión refiere que el demandante ha sido tratado por más de un año sin resultados, pero que el tratamiento se vería afectado por interacciones medicamentosas. En el mismo informe la Dra. Carmen Martínez indicó que se logra establecer que se controla con psiquiatra hace aproximadamente 4 o 5 años, inicialmente en el sistema privado y hace seis meses en la red Redgesam. Su cuadro es irreversible, independiente del tratamiento.”
- d) Dictamen de invalidez de fecha 18 de octubre de 2018, establece como diagnóstico COXOARTROSIS M-16. Y también indica que el demandante efectuó la solicitud para pedir la pensión de invalidez el 20 de junio de 2018.
- e) Dictamen de fecha 27 de febrero de 2020, en la que consta la solicitud de reevaluación del grado de invalidez del afiliado con fecha 10 de septiembre de 2019, y en el que finalmente se establece Alteración de marcha por coxa y gonartrosis R-26 y Trastorno de adaptación F-43.



Foja: 1

DUODÉCIMO: Que, analizada y ponderada la prueba singularizada precedentemente, especialmente la documental, no objetada por la contraria, se encuentra suficientemente acreditado en autos que el demandante, con fecha 10 de septiembre de 2019, tenía conocimientos de la evolución de sus enfermedades, ya que pidió una nueva reevaluación de su grado de invalidez transitorio, para optar al grado de invalidez definitivo total, por lo que, al 7 de noviembre de 2019, fecha en que se incorporó al seguro de la póliza 487, estaba en conocimiento de las enfermedades por las que se declaró su invalidez definitiva.

Dicha conclusión se encuentra reforzada con la declaración efectuada por sus médicos tratantes, especialmente, Cristian Cárdenas Ramírez, médico traumatólogo, quien ratifica el diagnóstico efectuado en octubre de 2018, en cuanto a que todos los síntomas existían y que estos iban a ir en aumento, referente a la Coxartrosis.

Respecto al diagnóstico de trastorno de adaptación, consta de la declaración de la Dra. Carmen Martínez, realizada en la junta médica, que se logra establecer que se controla con psiquiatra hace aproximadamente 4 o 5 años, inicialmente en el sistema privado y hace seis meses en la red Redgesam. Su cuadro es irreversible, independiente del tratamiento.

Que la prueba rendida por la aseguradora no fue confrontada por ninguna prueba de la parte demandante.

DÉCIMO TERCERO: Que, respecto a la alegación relativa a que la aseguradora mediante correo electrónico de fecha 26 de Enero de 2022, le indicó que cubrirían el siniestro N°121005343, para finalmente rechazarlo en la liquidación, lo que atentaría con la teoría de los actos propios, se rechazara de plano dicha alegación ya que consta del correo electrónico acompañado por la demandante lo siguiente: *“Una vez listo te informaré de igual forma al asegurado le llegará a su correo personal los IFL de Liquidación con la resolución final”* de lo que se constata que el único instrumento idóneo para emitir una resolución de esta índole es el informe de liquidación, conforme se encuentra reglado en los artículos 26 del DS N°1055, que dispone: Recibido el informe de un liquidador registrado, la compañía de seguros y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo”. Por lo que la respuesta emitida en el correo electrónico no es constitutiva de una conducta desleal y deshonestas que incida o perjudique a la contraparte, sino que fue una respuesta no formal y no vinculante para la aseguradora, como si lo es el informe de liquidación, que es el instrumento idóneo para tal efecto.

DECIMO CUARTO: Referente a la indisputabilidad de la póliza, el Artículo 592 del Código de Comercio señala: Transcurridos dos años desde la iniciación



Foja: 1

del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas. Dicha alegación también deberá ser desestimada, toda vez que la parte demandada en la liquidación no esgrimió como fundamento de su rechazo una exclusión, como lo sería la reticencia a entregar la información o preexistencia, sino que simplemente una falta de cobertura de la póliza.

DÉCIMO CUARTO: 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 QUINTO: Que, la restante prueba rendida y no pormenorizada precedentemente, en nada altera lo concluido por esta Magistrada;

DÉCIMO SEXTO: Que, atendido el mérito de los antecedentes y lo dispuesto por el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, estimando esta Magistrada 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, 1545, 1546, 1698, 1699, 1700, y siguientes del Código Civil; 144, 254, 342, 426 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; DFL 251 del 22 de mayo de 1931; DFL 1 del 29 de octubre de 2009, y demás normas pertinentes, **se declara:**

I.- Que se rechaza la demanda deducida a folio 1, con fecha 06 de Mayo de 2022; por YAMIR RIVERA MALVERDE, en representación de FUDACIÓN VALÍDAME, en representación a su vez, de don IGNACIO JAVIER FERNÁNDEZ ASTETE, contra de ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.,

II.- Que se exime del pago de las costas a la demandante por haber litigado con motivo plausible.

Regístrese y archívese en su oportunidad.

C-3693-2022

Dictada por Doña Claudia Natalia Veloso Burgos, Jueza Titular. Autoriza Don Mario Luis Rojas Galleguillos, Secretario Subrogante.



Foja: 1

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Santiago, treinta de Junio de dos mil veintitrés**

