

NOMENCLATURA : 1. [40] Sentencia
JUZGADO : 1º Juzgado Civil de Concepción
CAUSA ROL : C-7251-2020
CARATULADO : RODRÍGUEZ/SANTANDER CORREDORA DE
SEGUROS LTDA

Concepción, ocho de Agosto de dos mil veintitrés

VISTO:

Por demanda de folio 1, de fecha 22 de diciembre de 2020 y rectificadas en folio 4, comparece **Carlos Lavín Housset**, abogado, domiciliado en Concepción, Calle Barros Arana 1100 oficina 1805, en representación de don **JUAN BAUTISTA RODRÍGUEZ URR**A, con domicilio en Calle Granada N°220 casa 57 Concepción, sector Vilumanque, quién interpone demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios en contra de **BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, representada legalmente por **Andrés Varas Greene**, ignora profesión u oficio, o a quien haga las veces de tal momento de la interposición de la presente demanda, ambos con domicilio en Concepción, Av. Providencia 1806, Santiago y en contra de **SANTANDER CORREDORES DE SEGUROS LIMITADA**, representada legalmente por don **Francisco Bedos Rodríguez**, ignora profesión u oficio, o a quien haga las veces de tal momento de la interposición de la presente demanda, ambos con domicilio en Bombero Ossa 1068 Piso 4 Santiago, por los antecedentes de hecho y de derecho que pasa a exponer a continuación.

Funda su demanda que con fecha 28 de febrero de 2011 se suscribió con el demandado otorgada ante notario público de Concepción, entre don Carlos Miranda Jiménez, se suscribió escritura pública de mutuo hipotecario. El dominio se inscribió a fojas 3251 N° 2655 del registro de Propiedad del año 2011 del Conservador de Bienes Raíces de Concepción. El precio de la compraventa del bien raíz fue de UF 3500, el que fue pagado con UF 350 pagadas en su equivalente en pesos, al contado por el comprador y demandante y con la suma de UF 3.150 que el demandado entregó al comprador en calidad de préstamo.

Refiere que en dicha escritura se decidió contratar por el demandante la contratación de los seguros entre el intermediario y la compañía aseguradora, solicitando la incorporación a la cobertura de los seguros colectivos contratados por Banco Santander con sus condiciones particulares de la póliza y en las condiciones generales depositadas en la superintendencia de valores y seguros bajo los códigos: Entre ellos seguro de desgravamen POL 2 09 128 ; ITP 2/3 CAD2 09130 e INCENDIO + SISMO POL 1 08 020.

Indica que de esta forma el Sr. Juan Rodríguez Urra mantiene vigente con la Compañía un Seguro demandada seguro de Desgravamen contratado a través de corredora Banco Santander el cual incluye la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios



Foja: 1

(2/3) cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código CAD221031429.

Explica que de acuerdo a Informe de Liquidación respecto del Siniestro: 100371 de fecha 9 de Enero de 2020 al efectuar la liquidación de la cobertura y análisis de la misma se señala “Según Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019 Ejecutoriado con fecha 19/11/2019 se acordó otorgar la invalidez total definitiva al Sr. Rodríguez con un menoscabo de su capacidad de trabajo del 73 % a raíz de las siguientes patologías: Trasplante Renal y Artritis Crónica por Cristales. Ahora bien, según lo señalado en Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez emitido por el Dr. Rodrigo Muñoz Isla indica que el Sr. Rodríguez fue trasplantado renal el 05/11/2000, previamente al inicio de la vigencia del seguro. Cabe señalar que al momento de firmar la Solicitud de Seguro N° 2756390 con fecha 17/12/2010 se le preguntó expresamente al Sr. Rodríguez si a esa fecha se le había diagnosticado o estaba en conocimiento de tener "Enfermedades al Riñón", no informando su situación de salud que le era de pleno conocimiento.” En razón de los antecedentes presentados, BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. comunica que el presente siniestro se encuentra Rechazado.- Nuestra resolución se basa según lo establecido en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales de la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente 2/3 CAD 220131429, el cual indica que: La presente cláusula adicional no cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de, letra (e) Situaciones de salud o , entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3°, letra h) anterior. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza”.

Añade que el demandante procede a efectuar procedimiento de impugnación ante compañía ante lo cual BICE VIDA responde en síntesis que “ que de acuerdo a Solicitud de Seguro” N° 2756390, el cual incluye una Declaración de Salud, en la cual se señala lo siguiente: “Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener, entre otras, “Enfermedades al Riñón”, ante lo cual usted no declaro nada. Sucede que entre los documentos aportados para la evaluación de este siniestro se acompañó un informe médico del doctor Rodrigo Muñoz Isla, quien señaló que usted había sido sometido a un Trasplante Renal en noviembre del año 2000, es decir, previamente a la contratación del seguro y a su declaración de salud. Además, según se indica en Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019, la primera causa de una incapacidad es “Transplante Renal”, lo que se confirma en Acta de fecha 16/10/2019 en donde se otorga un porcentaje de 50% a este impedimento y en lo que respecta a su patología de base “Enfermedad de Berger” que fue diagnosticada según informe de biopsia el 29/12/1993, esta es una enfermedad asociada



Foja: 1

a la inmunoglobulina, que es la causa de la Insuficiencia Renal que conlleva finalmente al Trasplante renal.

Afirma que la compañía resuelve entonces señalando que “Como usted comprenderá, nuestra resolución se basa precisamente en las Solicitud de Seguros suscrita por usted y en los antecedentes médicos que nos fueron proporcionados, razón por lo que mantendremos nuestra decisión de no otorgar la cobertura solicitada.”

Señala que ante el rechazo de la cobertura por parte de la compañía debe señalar que en primer lugar que el Trasplante Renal no es una “enfermedad al Riñón”. Así por ejemplo y del mismo modo no se puede confundir la Quimioterapia con el cáncer, como sostiene la Compañía de Seguro, al señalar que no se declaró esta situación como “enfermedades al Riñón” a la firma del seguro con fecha 17/12/2010.

Manifiesta que lo que desconoce o parece ignorar la Compañía de Seguro es que su representado, demandante y asegurado sostuvo frente a la funcionaria del Banco Santander (mas adelante identificada) que era Trasplantado Renal, y que esto era una condición, que era un tratamiento permanente para una enfermedad y no una enfermedad en sí, que llevaba 10 años en tal situación, que estaba curado, y además le señaló que todos sus exámenes daban cuenta de un estado de hombre sano y que realizaba una vida completamente normal.

Agrega que de esta forma dada su reacción, su parte tiende a creer que no supo, no quiso calificarlo o no lo consideró necesario plasmarlo en el documento. Es más le señaló que de cualquier manera una enfermedad no declarada prescribía a los 5 años (agregando “no se vuelva a enfermar antes de ese tiempo” medio en broma medio en serio).

Relata que así las cosas si existió alguna omisión o falta no fue ejecutada, sostenida o inducida por su representado sino por la funcionaria representante y colaboradora del Banco Santander, desconociendo sus motivaciones.

Señala que de esta forma su representado declaró en su oportunidad sinceramente todas las circunstancias para que el banco apreciara los posibles riesgos y aceptaron asumir ese riesgo y no considerar tal condición debe aceptar su responsabilidad.

Precisa que a mayor abundamiento si fuese el Trasplante Renal, el causante de la Invalidez dictaminada a favor del demandante querría decir que este falló, es un trasplante fallido, y después de 20 años vuelve la “enfermedad” al paciente.

Afirma que no puede la compañía de seguros excusarse para rechazar la cobertura y siniestro en que es el Trasplante Renal el causante único, exclusivo, central y decisivo del Dictamen de Menoscabo Laboral del 73% que le otorga la Comisión Médica. En efecto dicho Órgano no especifica la cuantía en que participa cada patología o condición.

Manifiesta que un trasplante renal es una operación para colocar un riñón sano en un cuerpo. El riñón trasplantado asume la función de los riñones deficientes (propios o nativos) y así no se necesitará más tratamiento con diálisis. En comparación con la diálisis de por vida, el trasplante de riñón es, usualmente, el tratamiento elegido para la insuficiencia renal.

Destaca que la enfermedad que tuvo su representado en aquella época y que fue aliviada por el trasplante (de hecho lleva prácticamente 20 años de trasplantado) fue: Glomerulonefritis: inflamación y posterior formación de cicatrices en los pequeños filtros que se encuentran dentro de los riñones (glomérulos), lo que se define globalmente como insuficiencia renal crónica, es decir esa es la enfermedad al riñón.



Foja: 1

Agrega que para mayor abundamiento la propia Norma en Chile no lo califica de enfermedad al Trasplante Renal y lo agrupa con otros dos tratamientos de la Insuficiencia Renal Crónica como son la Hemodiálisis y la Diálisis Peritonea, de modo tal que el trasplantado renal es una condición o tratamiento, que no se puede aplicar en todos los casos, que tiene sus propias exigencias, complicaciones y complejidades, etc.

Expone que en el caso sublite, se es majadero en señalar que su representado solo volvería a tener “enfermedades al riñón” solo si falla su riñón trasplantado, tal como le podría pasar a cualquier persona con su riñón nativo.

Indica que todos los exámenes de salud relativos al funcionamiento renal son normales, lo cual se acreditará. De esta forma cualquier facultativo médico especializado en nefrología desconociendo la condición del demandante de trasplante y revisando sus exámenes a la fecha diría que corresponden a la condición de un paciente normal.

Sostiene que su representado no ha faltado a la verdad en su declaración de salud en la Solicitud de Seguro N° 2756390 de 17/12/2010, dado que informó su condición de 10 años de trasplantado y fue la Ejecutiva de Hipotecarios del Banco Santander ubicado en O Higgins 940 Of 203 de Concepción, Srta. Leslie Péndola Muñoz, quien llenó los papeles que firmó. Posteriormente el trámite los continuó como su ejecutiva del Banco la Srta. Estela Ortega Medina, funcionaria de la sucursal Plaza Perú del Banco Santander en la época en Concepción, aclarado que no existió en el actuar de su representado engaño, ocultamiento de la verdad, aprovechamiento, mala intención, ni dolo de su parte.

Precisa que la verdadera causa de la Invalidez Permanente en el caso del demandante es la artritis crónica por cristales, que es muy posterior a la firma del Seguro del Crédito Hipotecario y que no tiene relación alguna con el trasplante renal. De hecho la Condrocalcinosis y las artritis Gotosa que padece su representado están reconocidas en la normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional sexta edición (Publicadas en el Diario Oficial el 01/03/2012 y Vigentes a contar del 01/07/2012), en un capítulo distinto al del trasplante (CAPITULO I : SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO, y el Trasplante está en el CAPITULO V : Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal).

Afirma que de este modo las Artritis no está relacionada a la condición de trasplante como se describe extensamente en la literatura médica. Existe una lista de enfermedades ligadas pero no se encuentra dentro de ésta las artritis (Hipertensión, Colesterol, Diabetes, Enfermedades del riñón, Enfermedades de las arterias, Enfermedad de los huesos, Cáncer, Trastornos psicológicos, Efectos secundario gastrointestinales y Enfermedades respiratorias), ni como tampoco las artritis las causantes de muerte de los trasplantados en Chile que corresponden a las infecciones (39,7%), seguidas por las enfermedades cardiovasculares (ECV) (23,5%), patologías digestivas (23,5%) y cáncer (13,2%).

Puntualiza que la calificación de Invalidez del demandante tiene 2 componentes, a saber: trasplante renal y artritis crónica por cristales y tal calificación en total le otorga un menoscabo de su capacidad laboral del 73%.

Manifiesta que no es posible deducir del Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019 Ejecutoriado con fecha 19/11/2019, el porcentaje que aporta cada componente. En atención a ello se puede concluir indubitablemente que solo es posible lograr una Invalidez Permanente en



Foja: 1

este caso por medio de lo que la norma define como Suma Combinada, es decir, sumando enfermedades, no relacionadas, pero no se puede deducir de ello que es el Trasplante Renal exitoso en su caso, el causante de su declaración de invalidez, por formar éste parte de un conjunto, o un par evaluado como tal para llegar a tal declaración.

Refiere que tomando un símil podría sostenerse que es como por ejemplo si una persona quiere estudiar Medicina y tiene 850 puntos en Biología, pero no cuenta con la suma de matemática y lenguaje. La Compañía de Seguro podría argumentar que tal puntaje lo acerca muchísimo a su objetivo, y con ello ya es suficiente para que la Facultad de Medicina le dé la bienvenida y lo declare estudiante de medicina con todas las de la ley. Pero la Universidad dice momento “ese excelente puntaje en Biología es necesario más no suficiente”. Para el caso no hay invalidez permanente sin la Artritis. Es más la Compañía de Seguro desconoce por razones obvias que en las declaraciones de Salud del demandante frente a la Comisión Médica expuso su padecimiento Túnel Carpiano de su mano derecha, demostrado con exámenes de Electromiografías, enfermedad que se ha extendido en la actualidad a su otra mano y la razón es que dicha enfermedad no es causada por el uso, sino por las inflamaciones de las artritis y por tanto una cirugía tendría resultado en el mejor de los casos solo por un breve tiempo.

Expone que en múltiples casos en Chile que la mera condición de Trasplantado Renal no otorga Invalidez Permanente. Y de hecho existen muchos trasplantados que pasaran todo el resto de su vida sin lograr dicha calificación. La pregunta que cabe de cajón es si todos los trasplantados están jubilados por invalidez Permanente. Obvio no. Como sabemos también esta condición otorga “puntaje” pero no da derecho a Menoscabo Laboral Permanente, ya que para cumplir tal condición un trasplantado debe volver a la condición anterior, esto es, a sufrir Insuficiencia Renal Crónica, que falle el nuevo riñón o cualquiera sea la enfermedad específica que la produzca. En otras palabras el paciente deja de ser Trasplantado Renal y vuelve a ser un enfermo renal que requiere Diálisis o un nuevo trasplante si es el caso y la suerte llama a su puerta por segunda vez. El hecho cierto que el Trasplante Renal en Chile “de puntaje” es aprovechado en este caso por la Compañía de Seguros Bice Vida para negar un derecho adquirido “gracias” a que padece su representado de otras enfermedades de gravedad, porque quien podría negar, en su caso, que sin el Trasplante renal podría la sola artritis crónica por cristales otorgarle el porcentaje necesario para una calificación de Menoscabo Laboral Permanente.

Afirma que no es el Trasplante el que le causa los dolores articulares generalizados, las inflamaciones y tofos o deformaciones, ni es el trasplante el que no le permite caminar en múltiples momentos, no es el trasplante el que le provoca Túnel Carpiano en ambas manos, no son los más 19 años de trasplante los que le llevaron a presentar la solicitud a la Comisión Médica. Ha trabajado el demandante profesionalmente sin licencias por más de 19 años. Hace hecho una vida con el trasplante, eternamente agradecido del donante, y así podría haber continuado hasta su muerte pero no puede con la artritis, esa es la cuestión. Se entiende que el liquidador ve papeles y defiende intereses económicos legítimos, pero no es correcto extremar las interpretaciones a ese favor y a ese nivel.

Destaca que la ley en Chile establece la prescripción por seguridad jurídica, nada no prescribe y por regla general esto ocurre en un plazo máximo de 5 años lo que podría aplicarse a una “no declaración de una enfermedad preexistente”, si tal fuere el caso. Es más nada queda



«RIT»

Foja: 1

sin prescribir en Chile luego de 10 años y esto también se cumple en su caso particular, ya pasaron más de 10 años estimados señores aseguradores, para reproducir el artículo 2492 del Código Civil y explicando la prescripción adquisitiva y extintiva.

Agrega que es de público conocimiento que la SVS en el 2009 (hoy CMF) hizo un comunicado donde estableció: normas de contración de seguros relativas a suscripción y preexistencias y entre otras cuestiones sostiene: 3. En el evento que el asegurable no declarase una enfermedad preexistente, la compañía sólo podrá aplicar una exclusión por preexistencia, si dispone de información objetiva y fehaciente que le permita demostrar que el asegurable estaba en conocimiento de la existencia de dicha enfermedad, tales como informes de diagnóstico de médico tratante, ficha clínica, realización de exámenes y su correspondiente informe de resultados. En todo caso, transcurridos 5 años de contratado el seguro, no se podrá aplicar bajo ninguna circunstancia la exclusión por enfermedades preexistentes.

Expone que de acuerdo al contrato de seguro y póliza se podrá en caso de disconformidad con lo informado con la Compañía de Seguros recurrir a la Superintendencia .- Se podrá asimismo, de acuerdo a las condiciones generales de la póliza y también particulares corresponde ante conflictos que se susciten entre la partes, compañía y asegurado sean resuelto por la justicia ordinaria o bien también ejercer las acciones pertinentes.-

Indica que en caso que proseguir la disconformidad y no obstante lo anterior, el Código de Comercio también otorga la posibilidad al asegurado de optar por ejercer su acción ante la justicia ordinaria, en disputas que surjan con motivo de un siniestro cuyo monto sea inferior a 10.000 UF.

Afirma que al no brindar cobertura y en consecuencia no cumplir la empresa Aseguradora, con una obligación esencial en el contrato de seguros de indemnizar el daño que sufrió mi representado, estando el asegurado en cumplimiento de su obligación, le significó a su cliente una serie de perjuicios.

Expone que de este modo no cabe duda alguna que estos hechos han ocasionado al demandante una serie de perjuicios de índole material como moral y así las cosas como se dirá se solicitará por los perjuicios causados los montos que indica en su petitorio.

En lo tocante a los fundamentos de derecho, inicia exponiendo del contrato de seguro y reproduciendo los artículos 512, 530 y 542 del Código de Comercio, haciendo el comentario respecto de esta última que la compañía Aseguradora tiene la obligación de redactar las cláusulas del contrato de seguro en forma clara y entendible y en forma que no induzca a error y que no se oponga a la ley y, en caso de duda acerca del sentido de una disposición en el modelo de condición general de la póliza o cláusula, prevalecerá la interpretación más favorable para el contratante asegurado o beneficiario del seguro.

Indica que a la misma conclusión se llega en virtud de la norma de interpretación de los contratos contenida en el artículo 1566 del Código Civil que señala que las cláusulas ambiguas redactadas por una de las partes se interpretaran en su contra cuando la ambigüedad provenga de la falta de una explicación que haya debida darse a ella. Por ello, si se estimare que existe duda acerca de una disposición del contrato de seguro, ésta debe interpretarse a favor de su representada, citando normativa de la Superintendencia contenida en la NCG 349 DE 2013, sección VI “responsabilidad de la compañía en la contratación de pólizas” la cual pasa a reproducir.



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

Código: WXSFXGVQVCY

Foja: 1

En conclusión, se dan todas y cada una de las condiciones para dar cumplimiento al contrato de seguro, del cual la aseguradora en comento junto con su corredora no han dado cumplimiento, culpando a su mandante, siendo una decisión unilateral.

Continúa haciendo referencia a los requisitos de procedencia de la responsabilidad civil contractual, indicando que para que la demanda sea acogida deben darse los requisitos de (1) que el demandado haya infringido las normas antes indicadas como las de las que rigen las metras de los seguros (2) que dicha infracción provenga de su dolo o culpa; (3) que demandada sea capaz de responsabilidad contractual; y, (4) que el incumplimiento de la obligaciones por parte de la demandada haya provocado daño, los que desarrolla.

Explica que los requisitos de procedencia de la acción resolutoria y de la opción de cumplimiento del contrato conforme al artículo 1489 del Código Civil, son a) Incumplimiento imputable del deudor, b) Bilateralidad del contrato y c) Que la resolución o el cumplimiento del contrato sea solicitada por el contratante diligente, los que desarrolla.

A continuación, cita y reproduce el artículo 3 del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931, y los artículos 515, 517, 523, 529, 530, 531, 532, 541, 542, 588, 589, 600 y 601 del Código de Comercio, los que estima aplicables para el caso sublite.

En mérito de lo expuesto y las normas legales que cita, solicita tener por entablada demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios en contra de **BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**, representada legalmente por don Andrés Varas Greene, ignora profesión u oficio, o a quien haga las veces de tal momento de la interposición de la presente demanda, ambos con domicilio en Concepción, Av. Providencia 1806, Santiago, y en contra de **SANTANDER CORREDORES DE SEGUROS LIMITADA**, representada legalmente por don Francisco Bedos Rodríguez, ignora profesión u oficio, o a quien haga las veces de tal momento de la interposición de la presente demanda, ambos con domicilio en Bombero Ossa 1068 Piso 4 Santiago, todos ya individualizados, admitirla a tramitación, y, en definitiva, acogiéndola, y declarar:

1) Que, se declare que la y/o las demandadas deben cumplir con su obligación pactada es decir pagar la suma equivalente al saldo insoluto de pagos o dividendos del crédito hipotecario;

2) Declarar que la parte demandada ha incumplido el contrato del caso sub lite celebrado con el actor;

3) Que en consecuencia, que se condena a los demandados a indemnizar a su parte los perjuicios causados, los que han sido valuados en las sumas equivalentes a \$30.000.000.- (treinta millones de pesos) por concepto de daño moral. Además por concepto de daño patrimonial correspondiente a dividendos de crédito hipotecario desde noviembre del año 2019 que es la fecha que se declaró su invalidez de 2/3 hasta la fecha de la interposición de la presente demanda, esto es, 13 cuotas de dividendos en razón de 18 UF mensuales dan un total aproximado de \$6.800.000 de pesos, más o sumado a las sumas que se devenguen por dicho concepto (por pago de dividendos) durante el presente juicio y hasta que quede ejecutoriada la respectiva sentencia, a razón o por medio de dividendos de UF de 18. O las sumas mayor o menor que en mérito del proceso el Tribunal estime;

3) (Sic) Que las sumas de dineros se paguen a título de indemnización de perjuicios por la responsabilidad civil contractual, declarando que:



Foja: 1

3.1) Ambos demandados son responsables solidariamente. En subsidio, que ambos demandados son responsables de forma simplemente conjunta o mancomunada, estimando que ambos han concurrido por iguales partes a la producción de los daños y perjuicios, o en subsidio, conforme al porcentaje que el Tribunal determine;

3.2) Que en subsidio de todo lo anterior, y solo para el evento de que el Tribunal estime que solo uno de los demandados ha incumplido las obligaciones contractuales señaladas, viene en solicitar que en este caso se determine la responsabilidad exclusiva de dicho demandado, condenándolo a responder de todos los daños y perjuicios causados con dichos incumplimientos a su representado;

4) Que todas las sumas de dinero antes indicadas se deberán reajustar de acuerdo a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, entre la fecha de acaecidos los hechos que motivan esta presentación o desde la fecha que el Tribunal determine, y el pago efectivo de lo ordenado, y gravarse con intereses corrientes para operaciones reajustables desde la fecha de ejecutoriada la sentencia que acoja la demanda, o en subsidio deberán reajustarse en la forma y condiciones que señale el tribunal, más intereses que estime procedente en derecho: y

5) Que los demandados sean condenados expresamente al pago de las costas de la presente causa.

A folio 22, con fecha 22 de junio de 2021, rola notificación de la demanda a la demandada Santander Corredora de Seguros Limitada, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

A folio 23, con fecha 29 de junio de 2021, rola notificación de la demanda a la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A., de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

A folio 26, con fecha 19 de julio de 2021, el abogado **Cristián Larraín Ríos** en representación del demandado **SANTANDER CORREDORA DE SEGUROS LIMITADA** contestó la demanda, pidiendo rechazarla en todas sus partes, con condena en costas, fundándose en los siguientes fundamentos de hecho y de derecho.

En su apartado I, realiza una síntesis de la demanda deducida en autos.

En su apartado II, desarrolla aspectos generales del mercado de seguros tales como que son los corredores en general y los corredores de seguros en particular, y las compañías aseguradoras, haciendo presente las diferencias entre estas dos últimos tipo de compañías.

En su apartado III, relativo a antecedentes de hecho, expone lo siguiente.

Manifiesta que salvo por aquello que expresamente su representada pasará a describir, desconoce todos y cada uno de los antecedentes de hecho descritos en la demanda, sean o no imputables a su parte, los que deberán ser demostrados por el actor por los medios legales que la ley reconoce.

Explica que de acuerdo con sus registros, por escritura pública de fecha 28 de febrero de 2011, otorgada en la notaría de esta ciudad de don Carlos Miranda Jiménez, el Banco Santander Chile otorgó a don Juan Bautista Rodríguez Urrea financiamiento para comprar para si un sitio y vivienda signado con el N° 57 del condominio tipo B, del denominado Parque Ingles, con acceso por Calle Granada N° 220, Concepción. Para financiar el precio de compra y como consta en la escritura pública ya señalada, don Juan Bautista Rodríguez Urrea solicitó un mutuo hipotecario para la vivienda al Banco Santander Chile, por un monto de UF. 3.150 pagadero en 360 meses.



Foja: 1

Para los efectos indicados, y previo a la celebración del contrato de mutuo referido, don Juan Bautista Rodríguez Urrea solicitó a Santander Seguros de Vida S.A., por la intermediación de su representada, un seguro de desgravamen por muerte y de desgravamen por Invalidez Total y Permanente 2/3, amparados en las pólizas depositadas con los códigos POL 2 09 128 y CAD 2 09 130 en la actual Comisión para el Mercado Financiero (en ese tiempo Superintendencia de Valores y Seguros), todo lo que consta en la propuesta de seguro N° 2756390 de fecha 17 de diciembre de 2010 suscrita por don Juan Bautista Rodríguez Urrea, cuya copia acompaña, en adelante “La Propuesta”.

Antes de proseguir hace presente que la ley 20.552 del año 2011, introdujo un nuevo art. 40 al D.F.L. 251 de 1931, el cual establece la obligación a todos los proveedores de créditos hipotecarios para la vivienda y servicios profesionales, de licitar periódicamente por medio de bases de licitación preestablecidas, por cuenta y riesgo de sus deudores, los seguros de desgravamen por muerte, desgravamen por Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP 2/3), el de incendio y el de sismo y las demás coberturas adicionales que deseen incorporar, asociados a los créditos indicados. Conforme a dicha ley, todos los Bancos están obligados a adjudicar el proceso necesariamente al asegurador que ofrezca la menor tasa.

Apunta que desde el año 2012 a la fecha, el Banco Santander Chile ha licitado 5 veces los seguros de desgravamen señalados, correspondiente a los años 2012 (para el periodo 2012-2013), año 2013 (para el periodo 2014-2015), año 2015 (para el periodo 2015-2017), año 2017 (para el periodo 2017-2019), año 2019 (para el periodo 2019-2021).

Agrega que conforme a las normas señaladas y a las propias Bases de Licitación, las sucesivas pólizas licitadas cubren a los clientes con “continuidad de cobertura”, por lo cual las enfermedades diagnosticadas al deudor desde que suscribió la DPS respectiva en adelante, están cubiertas, aunque se hubiese cambiado de compañías de seguros en cada licitación.

Señala que la compañía de seguros adjudicataria de la licitación del seguro de desgravamen por muerte y por ITP 2/3 para el periodo 2017-2019 y 2019-2021 fue BICE Compañía de Seguros de Vida S.A. Es por la razón indicada que, aún cuando en La Propuesta se solicitó la cobertura de ITP 2/3 a la compañía Santander Seguros de Vida S.A., la compañía que cubrió el riesgo a la fecha de la lamentable invalidez de don Juan Bautista Rodríguez Urrea fue la demandada BICE Compañía de Seguros de Vida S.A.

Dicho lo anterior, destacada que en “La Propuesta” suscrita por la demandante se contiene una “Declaración Personal de Salud” (DPS), en que el demandante no declaró tener enfermedades, reproduciendo el tenor de la DPS mediante un cuadro que acompaña.

Menciona que en diciembre de 2019, el demandante presentó una denuncia de siniestro de invalidez total y permanente 2/3, por un monto asegurado de UF 2.683 para la operación de crédito 500004183021 otorgada por el Banco Santander Chile, amparado en el Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019, ejecutoriado con fecha 19/11/2019, en el que se declaró un menoscabo de la capacidad de trabajo del demandante del 73 % a raíz de sufrir Transplante Renal y Artritis Crónica por Cristales. En respuesta a la denuncia del siniestro, la demandada BICE Vida Compañía de Seguros S.A., emitió con fecha 9 de enero de 2020 el informe de liquidación cuya copia adjunta en otrosí, resolviendo el rechazó del siniestro fundado en que “según lo señalado en Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez emitido por el Dr. Rodrigo Muñoz Isla indica que el Sr. Rodriguez fue trasplantado renal el 05/11/2000,



Foja: 1

previamente al inicio de la vigencia del seguro. Cabe señalar que al momento de firmar la Solicitud de Seguro N° 2756390 con fecha 17/12/2010 se le preguntó expresamente al Sr. Rodriguez si a esa fecha se le había diagnosticado o estaba en conocimiento de tener "Enfermedades al Riñón", no informando situación de salud que le era de pleno conocimiento."

Expresa que el demandante, con fecha 15 de enero de 2020 presentó una impugnación a la liquidación efectuada por BICE Vida Compañía de Seguros S.A. (el demandante la calificó como "apelación"), en la que señaló, entre otras cosas que "1.- En primer lugar aclarar que el Trasplante Renal no es una "enfermedad al Riñón", no se puede confundir la Quimioterapia con el cáncer, como sostiene la Compañía de Seguro, al señalar que no se declaró esta situación como "enfermedades al Riñón" a la firma del seguro con fecha 17/12/2010. Lo que desconoce o parece ignorar la Cia de Seguro es que Yo si sostuve frente a la funcionaria del Banco Santander (más adelante identificada) que era Trasplantado Renal, que esto era una condición, que era un tratamiento permanente para una enfermedad y no una enfermedad en sí, que llevaba 10 años en tal situación, que estaba curado, y además le señalé que todos mis exámenes daban cuenta de un estado de hombre sano y que realizaba una vida completamente normal. Entonces, dada su reacción, tiendo a creer que no supo, no quiso calificarlo o no lo considero necesario plasmarlo en el documento, es más me dijo que de cualquier manera una enfermedad no declarada prescribía a los 5 años (agregando "no se vuelva a enfermar antes de ese tiempo" medio en broma medio en serio), si aquí existió alguna omisión o falta no fue ejecutada, sostenida o inducida por mi persona sino por la funcionaria representante del Banco Santander, yo desconozco sus motivaciones. En Resumen yo si declaré sinceramente todas las circunstancias para que el banco apreciara los posibles riesgos y creo estar en condiciones de demostrarlo donde sea necesario o en cualquier tribunal. También sostuvo el demandante en su carta de impugnación que "Si fuera el Trasplante Renal, el causante de la Invalidez dictaminada a mi favor quería decir que este falló, es un trasplante fallido, para un símil la quimioterapia no funcionó y después de 20 años vuelve el cáncer al paciente. Esto pasa en la vida claro está, no existe el RIESGO CERO, pero no es el paciente el que se dedica a ese negocio. Aunque claro para un cliente de BICE VIDA el seguro no es seguro, cualquiera sea el tiempo que lleve pagando una cobertura, siempre se tratará de buscar algún resquicio, de modo de hacer más rentable el negocio, sin importar cuantos seres humanos queden en el camino." y unos párrafos más adelante.... "La enfermedad que tuve y que fue curada por el trasplante (de hecho llevo casi 20 años de trasplantado) fue: Glomerulonefritis: inflamación y posterior formación de cicatrices en los pequeños filtros que se encuentran dentro de los riñones (glomérulos), lo que se define globalmente como INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, o sea esa es la enfermedad al riñón. También señala "Para mi caso, reitero que volvería a tener "enfermedades al riñón solo si falla mi riñón trasplantado, tal como le podría pasar a cualquier persona con su riñón nativo. Estimados SEÑORES Bice "vida" no estamos en los albores de la ciencia médica de los trasplantes, se ha avanzado mucho, los medicamentos han mejorado, los exámenes son más preciso, y los equipos médicos están más preparados con lo que hoy los órganos duran toda una vida, pero siempre estaremos agradecidos de aquellos pioneros y por cierto de aquella alma bondadosa que donó su órgano y con ello vida de verdad." El ultimo texto del escrito de impugnación que esta parte desea destacar señala "2.- La verdadera causa de la Invalidez Permanente en mi caso es la ARTRITIS CRONICA POR CRISTALES, que es muy posterior



«RIT»

Foja: 1

a la firma del Seguro del Crédito Hipotecario y que no tiene relación alguna con el trasplante renal. De hecho la Condrocálcinosis y las artritis Gotosa que padezco, están reconocidas en la NORMAS PARA LA EVALUACION Y CALIFICACION DEL GRADO DE INVALIDEZ DE LOS TRABAJADORES AFILIADOS AL NUEVO SISTEMA PREVISIONAL SEXTA EDICION (Publicadas en el Diario Oficial el 01/03/2012 y Vigentes a contar del 01/07/2012), en un CAPITULO distinto al del trasplante (CAPITULO 1 : SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR Y TEJIDO CONJUNTIVO, y el Trasplante está en el CAPITULO V : Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Trasplante Renal).”

Manifiesta que la impugnación presentada por el demandante fue respondida por BICE Vida Compañía de Seguros S.A., mediante carta de fecha 24 de enero de 2020, en la cual el asegurador mantuvo su decisión de rechazo del siniestro, señalando entre otras cosas, lo siguiente: “3. Además, según se indica en Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019, la primera causa de una incapacidad es “Trasplante Renal”, lo que se confirma en Acta de fecha 16/10/2019 en donde se otorga un porcentaje de 50% a este impedimento.

4. Para finalizar, y en lo que respecta a su patología de base “Enfermedad de Berger” que fue diagnosticada según informe de biopsia el 29/12/1993, esta es una enfermedad asociada a la inmunoglobulina, que es la causa de la Insuficiencia Renal que conlleva finalmente al Trasplante renal.

5. Todo lo anteriormente señalado, nos permite configurar una de las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza DEG N°172 (POL.220130065), el cual indica que: Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por: letra h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5° de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.”

Como se puede apreciar del relato de los hechos, afirma que Santander Corredora de Seguros Ltda. no tuvo ninguna injerencia ni participación en la resolución de BICE Vida Compañía de Seguros S.A. en orden a rechazar el siniestro de Invalidez Total y Permanente que afecta a don JUAN BAUTISTA RODRÍGUEZ URRRA, así como tampoco tuvo injerencia ni participación en la calificación de las razones médicas que tuvo el asegurador señalado para fundar su decisión. Aún más, este corredor no podía ni puede pronunciarse acerca de lo correcto o incorrecto de las razones de la compañía de seguros para rechazar el siniestro, no sólo porque se trata de una materia de orden médico en lo cual mi representada no tiene competencia, sino que además porque le está expresamente prohibido por la normativa vigente “Asumir frente a las partes otras obligaciones o responsabilidades distintas a las señaladas en el presente Reglamento por los contratos que intermedien” (art. 11 N° 1 del D.S. 1.055).

En su apartado IV, relativo a alegaciones y defensas, expone lo siguiente.

Señala que su representada se opone a la demanda y solicita su total rechazo, fundado en la inexistencia de la obligación de Santander Corredora de Seguros Ltda. de indemnizar el siniestro de Invalidez Total y Permanente 2/3 sufrido por Juan Bautista Rodríguez Urrea y por lo mismo, la inexistencia de una obligación solidaria de indemnizar conjuntamente con BICE Vida Compañía de Seguros S.A.



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

Código: WXSFXGVQVCY

«RIT»

Foja: 1

Explica que Santander Corredora de Seguros Ltda. carece por completo de cualquier tipo de obligación de indemnizar el siniestro de Invalidez Total y Permanente 2/3 sufrido por Juan Bautista Rodríguez Urrea, responsabilidad legal que, de corresponder en derecho, puede afectar exclusivamente a BICE Vida Compañía de Seguros S.A.

Añade que niega en forma categórica y absoluta que su representada haya suscrito documento alguno con el demandado o con cualquier otra persona en que se haya comprometido a pagar una indemnización, ni en forma simplemente conjunta ni en forma solidaria, jama y en ningún evento, ni menos haber asumido el riesgo de Invalidez Total y Permanente 2/3 sufrido por Juan Bautista Rodríguez Urrea ni la obligación de indemnizarlo.

Adiciona que es falsa la temeraria afirmación del demandante en el sentido que de que su representada tenga o haya tenido cualquier tipo de obligación contractual o legal en orden a pagar o responder por el siniestro ya tantas veces aludido de Invalidez Total y Permanente 2/3 sufrido por Juan Bautista Rodríguez Urrea. Es tan claro y prístino al acierto anterior, que en la demanda no se cita ningún documento o compromiso de su representada en el sentido indicado, de la cual se pueda originar una obligación de pago de su representada.

Agrega que más aún, en la extensa cita de normas legales que el actor hace en su demanda, que incluye los arts. 515, 517, 523, 529, 539, 530, 531, 541, 542, 588, 600 y 601 del Código de Comercio, nuevamente no cita ninguna norma, ni legal ni administrativa, que establezca una supuesta obligación de su representada en orden a pagar el siniestro de invalidez tristemente sufrido por el actor, y que es materia de esta demanda.

Indica que es innegable el legítimo derecho de don Juan Bautista Rodríguez Urrea para demandar a BICE Vida Compañía de Seguros S.A., si estima que el rechazo del siniestro no se encuentra conforme a derecho, pero de forma alguna su parte puede aceptar la arbitrariedad de ser demandada por una decisión que sólo puede tomar un tercero, el asegurador y, peor aún, pretendiendo crear una supuesta “solidaridad” entre el asegurador y su parte, siendo que el carácter solidario de una obligación, conforme al art. 1.511 del Código Civil, sólo puede tener por fuente la ley, la convención o el testamento, ninguna de las cuales no sólo no existe en el caso en comento, sino que además la demandante ni siquiera se da molestia de tan solo citar la fuente de la supuesta solidaridad, como si el carácter solidario de una obligación -por lo demás totalmente inexistente- lo pudiese determinar discrecionalmente el actor en su libelo.

Mucho menos aún su representada podría haber contraído cualquier tipo de obligación de pago del siniestro, desde que, como se demostró en la Capítulo II de éste libelo, se encuentra penalmente sancionado el negocio de asegurar riesgos en base a primas por cualquier persona que no sea una compañía de seguros legalmente autorizada a operar en Chile.

En mérito de lo expuesto y las normas legales que cita, solicita rechazar en forma total y completa todas y cada de las infundadas pretensiones del actor en relación a su parte, con expresa y categórica condenación en costas, puesto que respecto de su representada no ha habido ningún motivo plausible para litigar.

A folio 32, con fecha 18 de agosto de 2021, el abogado **Jean Pierre Latsague Lightwood** en representación del demandado **BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.** contestó la demanda, pidiendo rechazarla en todas sus partes, con condena en costas, fundándose en los siguientes fundamentos de hecho y de derecho.

En su apartado I, realiza una síntesis de la demanda deducida en autos.



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

Código: WXSFXGVQVCY

«RIT»

Foja: 1

En su apartado II, desarrolla nociones elementales del contrato de seguro tales como el contrato de seguro, la obligación precontractual del asegurado, el contrato de seguro colectivo, el asegurado, el asegurador, el beneficiario y el tomador, el contrato de seguro de desgravamen, y respecto del seguro objeto del presente juicio expone lo siguiente.

Señala que en estos autos, nos encontramos en presencia de un contrato de seguro de desgravamen asociado a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931.

Sostiene que dichos contratos tienen un carácter obligatorio para aquellas personas que solicitan un crédito hipotecario.

Manifiesta que con fecha 17 de diciembre de 2011, entró en vigor la Ley N° 20.552, que incorporó el artículo 40 en el Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931, del Ministerio de Hacienda, sobre Compañías de Seguros, Sociedades Anónimas y Bolsas de Comercio.

Indica que en términos muy generales, esta modificación legal implicó el nacimiento de las licitaciones públicas de seguros obligatorios (entre los cuales están el seguro de desgravamen, objeto del juicio) a que son obligadas las entidades que otorgan créditos hipotecarios, y donde las compañías aseguradoras compiten, adjudicándose el seguro aquella que oferte el menor precio, que es en definitiva lo que determina la prima del seguro.

Señala que desde dicha modificación legal las entidades crediticias deberán contratar los seguros asociados a los créditos hipotecarios por licitación pública.

Refiere que con fecha 21 de marzo de 2012, por mandato legal contenido en el artículo 40 del D.F.L. N° 251, ya citado, fue dictada la Norma de Carácter General N° 330, conjunta entre la SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS Y LA SUPERINTENDENCIA DE BANCO E INSTITUCIONES FINANCIERAS (hoy ambas instituciones conforman la COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO), cuya materia se refiere a “Normas para la contratación individual y colectiva de seguros asociados a créditos hipotecarios, condiciones mínimas que deberán contemplar las bases de licitación de éstos e información que se deberá entregar a los deudores asegurados”.

Explica que el marco de aplicación de dichas reglas, su representada se adjudicó en 2017 la PÓLIZA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS PARA CREDITOS HIPOTECARIOS CON DESTINO VIVIENDA Y SERVICIOS PROFESIONALES (EN UF) BANCO SANTANDER.

Añade que la adjudicación de su representada del seguro de desgravamen licitado, en el caso de autos, considera la cartera hipotecaria existente del Banco Santander - Chile, de donde proviene el actor, como asimismo los nuevos asegurados que se incorporen al seguro colectivo.

En su apartado III, relativo a antecedentes previos, expone lo siguiente.

Su parte niega categóricamente los hechos y los supuestos fácticos relatados por la parte demandante, salvo aquellos que sean expresamente afirmados en este escrito.

Señala que efectivamente, el actor, don Juan Bautista Rodríguez Urrea, es deudor hipotecario y mantiene una deuda derivada de un contrato de mutuo hipotecario con Banco Santander – Chile, en virtud del cual Banco Santander - Chile otorgó un préstamo de dinero que ascendió a la suma de 3.150 U.F., para efectos de que pudiera el actor pagar parte del precio de la compraventa antes referida .

Relata que en conjunto con lo anterior, don Juan Bautista Rodríguez Urrea, de conformidad a la legislación vigente, debió contratar seguros de desgravamen por todo el tiempo



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

Código: WXSFXGVQVCY

Foja: 1

que se encuentren vigentes las deudas del mutuo hipotecario, y dichas pólizas de seguro debían tomarse a nombre del Banco Santander - Chile, en su calidad de acreedor hipotecario.

Explica que en cumplimiento de la obligación contractual contraída con Banco Santander – Chile, referida en el párrafo segundo del N° 2 anterior, el actor, don Juan Bautista Rodríguez Urrea, analizó, completó y luego suscribió la solicitud de seguro N° 2756390, de fecha 17 de diciembre de 2010, solicitando, dentro de otras coberturas, la cobertura de desgravamen y de invalidez total y permanente superior a los 2/3, la cual, en ese momento, era otorgada por Santander Seguros de Vida S.A. Así, de este modo, se incorporó como asegurado a la cobertura de seguros colectivos contratados por Banco Santander – Chile.

Añade que a la referida solicitud, conforme indica en la la letra b) del apartado II anterior, la compañía aseguradora exige que se acompañe por el asegurado una declaración personal de salud, para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos. Lo anterior, se cumplió por parte de don Juan Bautista Rodríguez Urrea, el cual analizó, completo y suscribió la misma de manera presencial y personal, sin intervención de terceros, al tenor de los hechos requeridos por el asegurador.

De esta manera, en dicha declaración personal de salud, suscrita por el actor, declaró expresamente lo siguiente: *“Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las condiciones generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener diabetes, enfermedades al riñón, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades coronarias o soplos cardíacos, arritmias, sobrepeso u obesidad, enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis (excepto hepatitis a), enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa; enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma o anemia (excepto por falta de fierro); desordenes nerviosos o mentales, VIH positivo/sida, Síndrome de Down y enfermedades neurológicas como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia y enfermedad de Alzheimer, en caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente, declaro sinceramente que ella correspondió a: Sin declaración de enfermedades. Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud, así como aquellas que especialmente he declarado. la compañía no estará obligada a pagarlo...”*

Expresa que más adelante, mediante licitación pública del año 2017, de aquella que regula al artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, sobre Compañía de Seguros, y la Norma de Carácter General N° 330 de la Comisión para el Mercado Financiero, su representada, Bice Vida Compañía de Seguros S.A., se adjudicó la cartera de seguros de desgravamen y de invalidez total y permanente dos tercios del Banco Santander – Chile, asociada a hipotecas sobre bienes raíces de uso habitacional y de servicios profesionales. En razón de lo anterior, Bice Vida Compañía de Seguros S.A. adquirió el carácter de compañía aseguradora de don Juan Bautista Rodríguez Urrea, asegurado y demandante de autos.

Afirma que en el escenario descrito, el día 26 de diciembre de 2019, don Juan Bautista Rodríguez Urrea presentó a través de correo electrónico la solicitud N° 19087 a Bice Vida



Foja: 1

Compañía de Seguros S.A., denunciando la ocurrencia de un siniestro, que consistiría en su invalidez total y permanente superior a los dos tercios. Dentro de los antecedentes acompañados en el procedimiento de liquidación del siniestro, encontramos los siguientes:

- Dictamen de invalidez de fecha 19 de noviembre de 2019, de carácter ejecutoriado, emitido por la Comisión Médica de la Región de Concepción de la Superintendencia de Pensiones.

- Certificado de antecedentes médicos de invalidez, emitido por el doctor Rodrigo Muñoz respecto del actor, que forma parte de la Unidad de Nefrología del Hospital Regional de Concepción.

- Acta de sesión N° 138 de la Comisión Médica de la Región de Concepción de la Superintendencia de Pensiones, de fecha 16 de octubre de 2019, en la cual la referida Comisión adoptó un acuerdo que consistió en aceptar la invalidez total y permanente del actor, asignando a cada una de las patologías que sufre un respectivo porcentaje.

- Biopsia N°204304, practicada al actor con fecha 29 de diciembre de 1993, en virtud de la cual es diagnosticado con Glomerulonefritis por complejos autoinmunes.

De esta manera, para comenzar la tramitación de dicha solicitud, su representada le asignó al siniestro el número 100371.

Relata que luego de un análisis detallado de la solicitud del actor y del mérito de los antecedentes acompañados, junto con las condiciones de la póliza (generales y particulares) y la normativa aplicable, su representada, con fecha 09 de enero de 2020, emitió un informe de liquidación del siniestro, en el cual rechazó la cobertura al siniestro.

Para ello, se realizó el siguiente análisis de cobertura: “El Sr. Juan Rodríguez Urrea mantiene vigente con nuestra Compañía un Seguro de Desgravamen contratado a través de Banco Santander el cual incluye la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código CAD 221031429. Según Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019 Ejecutoriado con fecha 19/11/2019 se acordó otorgar la invalidez total definitiva al Sr. Rodríguez con un menoscabo de su capacidad de trabajo del 73 % a raíz de las siguientes patologías: Trasplante Renal y Artritis Crónica por Cristales. Ahora bien, según lo señalado en Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez emitido por el Dr. Rodrigo Muñoz Isla indica que el Sr. Rodríguez fue trasplantado renal el 05/11/2000, previamente al inicio de la vigencia del seguro. Cabe señalar que al momento de firmar la Solicitud de Seguro N° 2756390 con fecha 17/12/2010 se le preguntó expresamente al Sr. Rodríguez si a esa fecha se le había diagnosticado o estaba en conocimiento de tener Enfermedades al Riñón ‘; no informando su situación de salud que le era de pleno conocimiento”.

En razón de dicho análisis, se resolvió lo siguiente: “en razón de los antecedentes presentados, BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. comunica que el presente siniestro se encuentra rechazado. Nuestra resolución se basa según lo establecido en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales de la Cláusula Adicional de Invalidez Total y Permanente 2/3 CAD 220131429, el cual indica que: La presente cláusula adicional no cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de, letra (e) Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3°,



Foja: 1

letra h) anterior. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza”.

Explica que dicho informe de liquidación fue impugnado por el actor, mediante carta de fecha 15 de enero de 2020, la cual contiene argumentos análogos a los planteados en la demanda de autos. Dicha impugnación fue resuelta por su representada mediante resolución de fecha 24 de junio de 2020, en la cual se dispuso expresamente lo siguiente:

“1. Usted ingresó al Seguro de Desgravamen contratado a través de Banco Santander con fecha 21/02/2011, para lo cual suscribió y firmó un documento denominado ‘Solicitud de Seguro ‘N° 2756390, el cual incluye una Declaración de Salud, en la cual se señala lo siguiente: ‘Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener, entre otras..., ‘Enfermedades al Riñón ‘; ante lo cual usted no declaro nada.

2. Sucede que entre los documentos aportados para la evaluación de este siniestro se acompañó un informe médico del doctor Rodrigo Muñoz Isla, quien señaló que usted había sido sometido a un Trasplante Renal en noviembre del año 2000, es decir, previamente a la contratación del seguro y a su declaración de salud.

3. Además, según se indica en Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019, la primera causa de una incapacidad es ‘Trasplante Renal ‘; lo que se confirma en Acta de fecha 16/10/2019 en donde se otorga un porcentaje de 50% a este impedimento.

4. Para finalizar, y en lo que respecta a su patología de base ‘Enfermedad de Berger ‘ que fue diagnosticada según informe de biopsia el 29/12/1993, esta es una enfermedad asociada a la inmunoglobulina, que es la causa de la Insuficiencia Renal que conlleva finalmente al Trasplante renal.

5. Todo lo anteriormente señalado, nos permite configurar una de las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza DEG N° 172 (POL 220130065), el cual indica que: Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por: letra h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5° de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.

6. Como usted comprenderá, nuestra resolución se basa precisamente en las Solicitud de Seguros suscrita por usted y en los antecedentes médicos que nos fueron proporcionados, razón por lo que mantendremos nuestra decisión de no otorgar la cobertura solicitada”.



«RIT»

Foja: 1

Agrega que este modo, frente a dicha decisión de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., el actor interpuso la demanda de autos, a pesar de que la decisión de su representada de negar la cobertura al siniestro denunciado se ajustó plenamente a la ley del contrato y a la legalidad vigente.

En su apartado IV, relativo a excepciones o defensas en lo que se refiere a la acción de cumplimiento de contrato colectivo del seguro de desgravamen, expone lo siguiente.

En la letra A), opone a la demanda la excepción de falta de legitimación activa del actor (asegurado), atendida la naturaleza jurídica del contrato de seguro colectivo de desgravamen de aquellos regulados por el artículo 41 del D.F.L. N° 251 de 1931.

Explica que en estos autos, el actor, en su calidad de asegurado, persigue que se condene a su representada, en calidad de compañía aseguradora, al cumplimiento del contrato de seguro colectivo de desgravamen de autos, por supuestamente haber ocurrido el siniestro que se encontraría cubierto por el mismo. Así, de esta manera, en lo que se refiere a su representada, solicita concretamente que se declare lo siguiente:

- Que ha incumplido con el contrato de seguro colectivo de desgravamen celebrado con el actor.
- Que debe cumplir con su obligación de pagar el saldo insoluto de dividendos del crédito hipotecario.
- Que, por concepto de daño patrimonial, debe cumplir con su obligación de pagar los dividendos desde noviembre de 2019, que es la fecha en que se habría declarado la invalidez del actor, hasta la fecha de la interposición de la demanda, en razón de 18 U.F. mensuales cada uno, más los dividendos que se devenguen durante el curso del juicio y hasta que la sentencia de término se encuentre firme.

Añade que en este punto, de manera previa, es necesario ahondar en cierta característica jurídica del contrato de autos y señalar que el contrato de seguro es un contrato dirigido, porque el Estado, a través de la Comisión para el Mercado Financiero, tiene una variada intervención, como es el registro de modelos de pólizas y la fiscalización del cumplimiento de las obligaciones que en virtud de ellas contraen las compañías de seguros.

Explica que en este contexto contractual, la fuente de la obligación para las partes intervinientes está radicada esencialmente en el propio contrato de seguro, que es donde se enmarcan los derechos y obligaciones de las partes. Todo contrato de seguro se compone, básicamente, de condiciones generales y de condiciones particulares, las cuales emanan de la Norma de Carácter General N° 3494 de la Comisión para el Mercado Financiero.

Manifiesta que en este sentido, de conformidad con lo establecido por los artículos 513 y 517 del Código de Comercio y lo contemplado en el artículo 5° de la POL. N° 220130678 (PÓLIZA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN ASOCIADA A CREDITOS HIPOTECARIOS DEL ARTÍCULO 40 DEL D.F.L. N° 251 DE 1931), las partes del contrato de seguro de autos son las siguientes:

- La aseguradora, que es su representada, BICE Vida Compañía de Seguros S.A., tomando el riesgo de su cuenta.
- El asegurado, que es el actor, don Juan Bautista Rodríguez Urra, quién transfirió el riesgo al asegurado.



«RIT»

Foja: 1

- EL BENEFICIARIO EXCLUSIVO Y EXCLUYENTE DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN CONTRATADO ES BANCO SANTANDER-CHILE, quien, sin ser el asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro.

Afirma que finalmente, a su vez, tratándose de un seguro colectivo, Banco Santander - Chile es el tomador o contratante, es decir, quien celebra el contrato por el grupo asegurado, según prescribe el artículo 517 del Código de Comercio.

Reitera que en el artículo 5°, letra b), d) y e) de la PÓLIZA COLECTIVA DE DESGRAVAMEN ASOCIADA A CREDITOS HIPOTECARIOS DEL ARTÍCULO 40 DEL D.F.L. N° 251 DE 1931, POL N° 220130678, se establece de manera clara y perentoria quien es el destinatario de la indemnización que el actor reclama erróneamente para así. Para la representación del Tribunal se adjunta extracto de dicha norma.

En razón de lo expuesto, es claro que el actor carece de legitimación activa para promover una acción personal de cumplimiento de contrato de seguro respecto de Bice Vida Compañía de Seguros S.A.

Sostiene que lo anterior, puesto que, en el contexto de un contrato colectivo de seguro de desgravamen, el legitimado activo para promover una acción de tal naturaleza es el beneficiario del mismo, calidad que en este caso detenta Banco Santander – Chile, en su condición de acreedor hipotecario del mutuo hipotecario celebrado con don Juan Bautista Rodríguez Urrea. De este modo, sólo Banco Santander - Chile, en calidad de beneficiario y acreedor hipotecario, tiene derecho excluyente a demandar el cumplimiento del contrato, y, como consecuencia de ello, la indemnización que solicita el demandante en estos autos.

Indica que ello aparece expresamente confirmado por la ley del contrato (artículo 1545 del Código Civil). En efecto, como se señaló precedentemente de la revisión de las condiciones generales y de las particulares del contrato de seguro colectivo de desgravamen al cual se incorporó el demandante, aparece claramente en el punto 3° que el beneficiario de la póliza de seguro es el banco, tanto para la cobertura de fallecimiento como de la cobertura de invalidez. En concreto, el punto 3° indica expresamente lo siguiente: “Beneficiarios. Será beneficiario de la póliza el ‘Banco ’, tanto para la cobertura de Fallecimiento como de la cobertura de ‘Invalidez ’...”. Para la representación del Tribunal se adjunta extracto.

Relata que nuestra Excma Corte Suprema ha resuelto casos análogos en el mismo sentido, citando jurisprudencia que estima pertinente, por lo que procede acoger la excepción de falta de legitimación activa del demandante, y, como consecuencia de ello, rechazar la demanda en todas sus partes, con costas.

En la letra B), en subsidio, alega excepción de nulidad relativa, afirmando que para el caso que el Tribunal estime que don Juan Bautista Rodríguez Urrea se encuentra legitimado para ejercer las acciones promovidas en estos autos, ocurre que, de todos modos, la demanda debe ser rechazada en todas sus partes, al adolecer el contrato de seguro de autos de un evidente vicio de nulidad relativa.

Explica que la nulidad como sanción de ineficacia se encuentra especialmente regulada en materia de contrato de seguro. En este sentido, el artículo 539 del Código de Comercio dispone expresamente lo siguiente: “Otras causales de ineficacia del contrato. El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 524 y se



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

Código: WXSFXGVQVCY

Foja: 1

resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal”.

Agrega que la causal de nulidad relativa especialmente regulada se refiere al hecho de que el asegurado, a sabiendas, proporcione al asegurador información sustancialmente falsa al cumplir con su obligación precontractual de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos (artículo 524 N° 1 del Código de Comercio).

Manifiesta que el contrato de seguro de autos adolece de un evidente vicio de nulidad de relativa, que alega en este apartado por vía de excepción, puesto que el actor, don Juan Bautista Rodríguez Urrea, al ser consultado por la compañía aseguradora acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, declaró expresamente y personalmente que no tendría enfermedades preexistentes, suscribiendo la declaración personal de salud referida en el N° 3 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducida. A pesar de lo anterior, el asegurado había sido diagnosticado y era de su conocimiento que desde el año 1993 padecía de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, lo cual incluso lo llevó a ser trasplantado de un riñón el año 2000. Lo anterior, aparece claramente de los antecedentes médicos del actor referidos en el N° 5 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducidos.

Afirma que es claro y evidente que el asegurado proporcionó al asegurador información sustancialmente falsa al cumplir con su obligación precontractual del artículo 524 N° 1, configurándose la causal de nulidad relativa alegada.

Indica que en lo que se refiere a la legitimación para alegar la referida nulidad relativa, su representada la alega en calidad de parte aseguradora del señalado contrato nulo. Respecto de la calidad de parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., se remite a lo expuesto en el N° 4 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducido.

Agrega que declarada la nulidad relativa, su representada está legitimada para retener el pago de la prima, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 539 del Código de Comercio y en el escenario descrito, corresponde acoger la presente excepción, declarar la nulidad relativa del contrato de seguro de autos, y, en definitiva, rechazar la demanda en todas sus partes, con expresa condenación en costas.

En la letra C), en subsidio, alega excepción de resolución para el caso que el Tribunal estime que don Juan Bautista Rodríguez Urrea se encuentra legitimado para ejercer las acciones promovidas en estos autos, ocurre que, de todos modos, la demanda debe ser rechazada en todas sus partes, puesto que debe ser declarada la resolución del señalado contrato.

Explica que la presente excepción se funda igualmente en lo dispuesto en el artículo 539 del Código de Comercio, para el caso que el Tribunal estime que los hechos descritos en la letra B) anterior, que tiene por reproducidos, son objeto de esta excepción de resolución.

Añade que por otra parte, funda igualmente la causal de resolución del contrato en el hecho de que el asegurado prestó información sustancialmente falsa al denunciar el siniestro a través de la solicitud N° 19087 presentada a su representada. Lo anterior, puesto que omitió



Foja: 1

acompañar una serie de antecedentes médicos, los cuales recién acompañó en la etapa de impugnación de la liquidación del siniestro.

Explica que en lo que se refiere a la legitimación para alegar la resolución del contrato, su representada la alega en calidad de parte aseguradora del señalado contrato de seguro. Respecto de la calidad de parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., se remite a lo expuesto en el N° 4 del apartado III) anterior, que tiene por reproducido. Por otra parte, declarada la resolución, su representada está legitimada para retener el pago de la prima, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 539 del Código de Comercio.

Así las cosas, corresponde acoger la presente excepción, declarar la resolución del contrato de seguro de autos, y, en definitiva, rechazar la demanda en todas sus partes, con expresa condenación en costas.

En la letra D), en subsidio, alega la ausencia de incumplimiento por parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A, para el caso que el Tribunal estime que don Juan Bautista Rodríguez Urrea se encuentra legitimado para ejercer las acciones promovidas en estos autos, y que dicho contrato no es nulo ni se encuentra resuelto, ocurre que, de todos modos, la demanda debe ser rechazada en todas sus partes, al no existir incumplimiento contractual alguno de su representada. En efecto, lo que se demanda por el actor es el “cumplimiento” del contrato de seguro, en circunstancias que mi representada cumplió íntegramente el contrato, al haber dado tramitación a la denuncia del siniestro (procedimiento de liquidación), y luego de ello, haber aplicado la exclusión de cobertura conforme a la ley del contrato.

Señala que del tenor de la demanda, aparece el actor sostiene que su representada habría incumplido el contrato de seguro de desgravamen celebrado, puesto que, al liquidar el siniestro denunciado (invalidéz total y permanente de dos tercios), rechazó la cobertura solicitada por don Juan Bautista Rodríguez Urrea.

Explica que lo anterior no es efectivo, puesto que, para rechazar la cobertura demandada, su representada se rigió de manera estricta a la ley del contrato. En este sentido, es necesario puntualizar que las coberturas de los contratos de seguro no operan a todo evento. En efecto, las Condiciones Generales de la Cláusula Adicional de Invalidéz Total y Permanente 2/3, (CAD 220131429), que forman parte del contrato celebrado entre el actor y mi representada, señalan en su artículo N° 4 causales de exclusión de cobertura. En concreto, en lo pertinente, el artículo 4° dispone expresamente lo siguiente: “la presente cláusula adicional no cubre el riesgo de Invalidéz Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de: (e) Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3°, letra h) anterior. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza”.

Por su parte, el artículo 3° define situación o enfermedad preexistente en su letra h), disponiendo expresamente lo siguiente: “Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones



Foja: 1

de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro”.

Indica que en estos autos recibe plena aplicación la causal de exclusión referida (enfermedad preexistente), en razón de los siguientes:

- El asegurado, don Juan Rodríguez Urrea, consultado por la compañía aseguradora acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, declaró expresamente y personalmente que no tendría enfermedades preexistentes, suscribiendo la declaración personal de salud referida en el N° 3 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducida.

- A pesar de lo anterior, el asegurado había sido diagnosticado y era de su conocimiento que desde el año 1993 padecía de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, lo cual incluso lo llevó a ser trasplantado de un riñón el año 2000. Lo anterior, aparece claramente de los antecedentes médicos del actor referidos en el N° 5 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducidos.

- De esta manera, la referida enfermedad de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, unida al posterior trasplante renal, configuran la causal de exclusión aplicada por Bice Vida Compañía de Seguros S.A., al no ser declarada por parte del actor. Lo anterior aparece confirmado, desde el momento que la referida enfermedad es crónica, evoluciona durante toda la vida del individuo, e incluso afecta al nuevo riñón. Por lo demás, del análisis del Dictamen de Invalidez del actor, y del Acta de sesión N° 138 de la Comisión Médica de la Región de Concepción de la Superintendencia de Pensiones, de fecha 16 de octubre de 2019, aparece que la referida enfermedad y el trasplante tiene asignado un porcentaje de incapacidad del 50%, superior a la otra patología sufrida por el actor (artritis crónica por cristales).

Afirma que desde otro ángulo, es evidente que la aplicación de la causal de exclusión referida no se ve alterada por la explicación artificiosa que realiza el actor en la demanda, en la cual indica que una supuesta funcionaria del Banco Santander no habría querido o no habría considerado necesario de consignar su patología. Lo anterior, por los siguientes motivos:

- Su representada lo niega expresamente, y por ello, para el caso de ser efectivo, requiere ser probado de manera clara, concreta y específica.

- Implica una abierta vulneración a la obligación precontractual desarrollada en la letra b) del apartado II) anterior, e igualmente una abierta vulneración a la ley del contrato. Desde otro ángulo, implica igualmente alegar un error de derecho, lo cual se encuentra proscrito en nuestro ordenamiento jurídico, desde el momento que no es otra cosa que alegar la ignorancia del deber precontractual que pesa sobre los asegurados (artículos 8, 706 inciso final y 1452, todos del Código Civil, en relación con el artículo 524 N° 1 del Código de Comercio).

Afirma que tampoco resultan aplicables en la especie las supuestas normas de contrato de seguros relativas a suscripción y preexistencias mencionadas por la contraria en su demanda6 (página 9 del libelo) desde el momento que no existen, ni con un carácter legal ni reglamentario, ni tampoco han sido pactadas por los contratantes.

Expone que así las cosas, al recibir aplicación la ley del contrato, y con ello la causal de exclusión de cobertura, no existe incumplimiento alguno por parte de su representada, la cual ha ejecutado el vínculo contractual de seguro en su integridad y de buena fe. De este modo, las peticiones contenidas en la demanda son del todo improcedentes, debiendo ser rechazadas.



Foja: 1

En la letra E), en subsidio, alega la excepción del artículo 525 inciso cuarto del Código de Comercio, señalando que el inciso cuarto del artículo 525 del Código de Comercio dispone expresamente lo siguiente: “Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior...”.

Manifiesta que por su parte, de acuerdo al inciso anterior, el asegurador podrá pedir rescindir el contrato si el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1° del artículo anterior.

En efecto, del análisis de dicha regla, aparece claramente que el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización, en la medida que el asegurado, informando al tenor de lo solicitado por el asegurador, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información.

Así las cosas, en estos autos recibe plena aplicación la señalada exoneración respecto de su representada, Bice Vida Compañía de Seguros S.A., en calidad de aseguradora, desde el momento que don Juan Rodríguez Urrea, informando al tenor de lo solicitado en su declaración personal de salud, incurrió inexcusablemente determinantes del riesgo. Lo anterior, en razón de lo siguiente:

- El asegurado, don Juan Rodríguez Urrea, consultado por la compañía aseguradora acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, declaró expresamente y personalmente que no tendría enfermedades preexistentes, suscribiendo la declaración personal de salud referida en el N° 3 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducida.

- A pesar de lo anterior, el asegurado había sido diagnosticado y era de su conocimiento que desde el año 1993 padecía de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, lo cual incluso lo llevó a ser trasplantado de un riñón el año 2000. Lo anterior, aparece claramente de los antecedentes médicos del actor referidos en el N° 5 del apartado III) anterior, que tiene por expresamente reproducidos.

- De esta manera, la omisión del asegurado respecto de su enfermedad de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, unida al posterior trasplante renal, demuestran inexcusablemente su error, reticencia e inexactitud determinante respecto de la información del riesgo.

En suma, corresponde acoger la presente excepción, y, en definitiva, exonerar a su representada del pago de obligación alguna que se refiera a indemnizar.

En la letra F), en subsidio, alega excepción del contrato no cumplido del derecho común, para el caso que se estime que lo expuesto en la letra C) anterior no se encuentra comprendido en la situación regulada en el inciso cuarto del artículo 525 del Código de Comercio, no queda más que entender que dicha situación queda comprendida en lo dispuesto en el artículo 1552 del Código Civil, al tratarse el contrato de seguro de un contrato bilateral.

Indica que conforme al artículo 1552 del Código Civil⁷, y al principio de buena fe en la ejecución de los contratos, contenido en el artículo 1546 del mismo cuerpo legal, en los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el



Foja: 1

otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. Se trata de la consagración de la excepción de contrato no cumplido.

Añade que en el caso de marras, se configura la excepción indicada, desde el momento que el actor dejó de cumplir sus propias obligaciones.

En concreto, el asegurado incumplió su obligación declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, según expusimos en el N° 4 de la letra D) de este apartado IV), que tiene por expresamente reproducido. En consecuencia, según lo expuesto, el actor ha dejado de cumplir con sus propias obligaciones, de manera que su demanda no puede prosperar.

En su apartado V, relativo a las excepciones o defensas en lo que se refiere a la acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, expone lo siguiente.

En la letra A), opone la excepción de falta de legitimación activa del actor, señala que estos autos, el actor, en su calidad de asegurado, persigue que se condene a su representada, en calidad de compañía aseguradora, a la indemnización de daños patrimoniales, que consistirían en la obligación de pagar los dividendos desde noviembre de 2019, que es la fecha en que se habría declarado la invalidez del actor, hasta la fecha de la interposición de la demanda, en razón de 18 U.F. mensuales cada uno, más los dividendos que se devenguen durante el curso del juicio y hasta que la sentencia de término se encuentre firme.

Explica que antes de entrar a discutir si proceden o no los requisitos propios de la acción indemnizatoria por responsabilidad contractual, ocurre que el actor carece de legitimación activa para promover una acción personal de indemnización por responsabilidad contractual respecto de Bice Vida Compañía de Seguros S.A, en lo que se refiere a los daños materiales o emergentes alegados.

Respecto de este punto, se remito expresamente a lo señalado en los N° 2 y 3 de la letra A) del apartado IV) anterior, que tiene por expresamente reproducido. Indica que en el contexto de un contrato de seguro, el legitimado activo para promover una acción de tal naturaleza, que en definitiva tiene por objeto el pago de dividendos, es el beneficiario del mismo, calidad que en este caso detenta Banco Santander – Chile, en su condición de acreedor hipotecario del mutuo hipotecario celebrado con don Juan Bautista Rodríguez Urrea.

Añade que conforme indica en el N° 4 de la letra D) del apartado II) anterior, el beneficiario de un contrato de seguro es el que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro. De este modo, sólo Banco Santander - Chile, en calidad de beneficiario, tiene derecho a demandar la indemnización de esos supuestos perjuicios.

Es más, ello aparece expresamente confirmado por la ley del contrato (artículo 1545 del Código Civil). En efecto, de la revisión de las condiciones particulares del contrato de seguro celebrado entre el demandante y su representada, aparece claramente en el punto 3° que el beneficiario de la póliza de seguro es el banco, tanto para la cobertura de fallecimiento como de la cobertura de invalidez. En concreto, el punto 3° indica expresamente lo siguiente: “Beneficiarios. Será beneficiario de la póliza el ‘ Banco ’; tanto para la cobertura de Fallecimiento como de la cobertura de ‘Invalidez ‘..’.”.

Relata que nuestra Excmá Corte Suprema ha resuelto casos análogos en el mismo sentido, citando jurisprudencia que estima pertinente, por lo que procede acoger la excepción de



Foja: 1

falta de legitimación activa del demandante, y, como consecuencia de ello, rechazar la demanda en todas sus partes, con costas.

En la letra B), en subsidio, alega excepción del artículo 525 inciso cuarto del Código de Comercio, indicando que el inciso cuarto del artículo 525 del Código de Comercio dispone expresamente lo siguiente: “Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior...”. Por su parte, de acuerdo al inciso anterior, el asegurador podrá pedir rescindir el contrato si el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1º del artículo anterior.

Indica que del análisis de dicha regla, aparece claramente que el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar indemnizaciones, en la medida que el asegurado, informando al tenor de lo solicitado por el asegurador, hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información.

Añade que en estos autos recibe plena aplicación la señalada exoneración respecto de su representada, Bice Vida Compañía de Seguros S.A., en calidad de aseguradora, desde el momento que don Juan Rodríguez Urrea, informando al tenor de lo solicitado en su declaración personal de salud, incurrió inexcusablemente determinantes del riesgo. Lo anterior, en razón de lo siguiente: El asegurado, don Juan Rodríguez Urrea, consultado por la compañía aseguradora acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, declaró expresamente y personalmente que no tendría enfermedades preexistentes, suscribiendo la declaración personal de salud referida en el N° 3 del apartado III) anterior, que tiene acá por expresamente reproducida. A pesar de lo anterior, el asegurado había sido diagnosticado y era de su conocimiento que desde el año 1993 padecía de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, lo cual incluso lo llevó a ser trasplantado de un riñón el año 2000. Lo anterior, aparece claramente de los antecedentes médicos del actor referidos en el N° 5 del apartado III) anterior, que tenemos acá por expresamente reproducidos. De esta manera, la omisión del asegurado respecto de su enfermedad de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, unida al posterior trasplante renal, demuestran inexcusablemente su error, reticencia e inexactitud determinante respecto de la información del riesgo.

Menciona que corresponde acoger la presente excepción, y, en definitiva, exonerar a su representada del pago de toda indemnización, sea de supuestos daños materiales o emergentes e igualmente de supuestos daños morales.

En la letra D) (sic), en subsidio, alega excepción del contrato no cumplido del derecho común, indicando que en el caso que el Tribunal estime que lo expuesto en la letra C) anterior no se encuentra comprendido en la situación regulada en el inciso cuarto del artículo 525 del Código de Comercio, no queda más que entender que dicha situación queda comprendida en lo dispuesto en el artículo 1552 del Código Civil, al tratarse el contrato de seguro de un contrato bilateral. Como se sabe, conforme al artículo 1552 del Código Civil, y al principio de buena fe en la ejecución de los contratos, contenido en el artículo 1546 del mismo cuerpo legal, en los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos. Se trata de la consagración de la excepción de contrato no cumplido.



Foja: 1

Manifiesta que se configura la excepción indicada, desde el momento que el actor dejó de cumplir sus propias obligaciones, por lo que es del todo improcedente demandar la indemnización de supuestos perjuicios, tanto emergentes o materiales como morales.

Explica que en concreto, el asegurado incumplió su obligación declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, según expuso en el N° 4 de la letra B) de este apartado IV), que tiene acá por expresamente reproducido. En consecuencia, según lo expuesto, el actor ha dejado de cumplir con sus propias obligaciones, de manera que su demanda, en lo que se refiere a indemnizar perjuicios, no puede prosperar.

En la letra D), en subsidio, alega la ausencia de incumplimiento de una obligación, explicando que es requisito sine qua non de una acción indemnizatoria de responsabilidad contractual el hecho que una de las partes haya incumplido una de las obligaciones del contrato (artículos 1556 y 1558 del Código Civil).

Añade que en estos autos no puede haber existido incumplimiento de obligación alguna por parte de su representada, Bice Vida Compañía de Seguros S.A., desde el momento que el contrato de seguro de autos es nulo, o, en subsidio, debe declararse la resolución del mismo. En subsidio, para el caso que las referidas excepciones de nulidad o resolución sean rechazadas, ocurre que, conforme se expuso en la letra D) del apartado IV) anterior, su representada, Bice Vida Compañía de Seguros S.A., no ha incumplido obligación alguna derivada del contrato de seguro de autos, desde el momento que, para rechazar la cobertura demandada, simplemente se rigió de manera estricta a la ley del contrato. Respecto de este punto, se remito expresamente a lo señalado en la letra D) del apartado IV) anterior, lo cual reproduce en este apartado para todos los efectos legales. Por ello, debe ser rechazada en todas sus partes la demanda de autos, en lo que se refiere a la indemnización de perjuicios demandada, al no concurrir un elemento esencial de la misma.

En la letra E), en subsidio, alega la ausencia de daños indemnizables, afirmando que niega de manera categórica que el actor haya sufrido algún daño en razón de los hechos expuestos en la demanda, tanto material como moral. Por lo anterior, en conformidad a las reglas de distribución de la carga de la prueba, será el actor quien deberá probar, de manera concreta y detallada, los daños indemnizables que en su concepto podría haber sufrido (artículo 1698 del Código Civil).

Explica que en que lo se refiere al daño emergente, la contraria lo hace consistir en los dividendos que habría pagado desde noviembre de 2019 hasta la fecha de interposición de la demanda de autos, más lo que se devenguen durante el curso del juicio, hasta que se encuentra ejecutoriada la sentencia de término. Desde luego que dichos pagos no pueden consistir en daño alguno, desde el momento que simplemente implican cumplir con una obligación que contrajo don Juan Rodríguez Urrea con Banco Santander – Chile. Por su parte, según se expresó en la letra D) del apartado IV) anterior, que tiene por expresamente reproducido, su representada no tiene obligación alguna de otorgar cobertura en relación con dichos dividendos, al recibir aplicación la causal de exclusión invocada. Igualmente, debe ser rechazada por lo antes señalado, esto es, por no ser efectivos.

En lo que se refiere al daño moral, debe ser rechazada desde ya la demanda, puesto que adolece de una absoluta indeterminación. En este sentido, si bien el actor es don José Rodríguez



Foja: 1

Urre, no es claro quién o quiénes habrían sufrido los supuestos perjuicios morales, al referirse expresamente a su cónyuge e hijos, sin determinarlos (página 10 de la demanda de 9 autos). Tampoco existe en la especie, indicio alguno tendiente a establecer que lo que se reclama a título de daño moral sea una afectación distinta a la simple molestia o perturbación propia de una situación que se opone a las expectativas del actor. En tal sentido, es imperativo tener presente que lo anterior no da lugar a reparación alguna de daño moral, desde el momento que la sola molestia, perturbación o desagrado que le genera al actor la no satisfacción de sus expectativas no es suficiente para configurarlo como tal. Igualmente, debe ser rechazada por lo antes señalado, esto es, por no ser efectivos.

En la letra F), en subsidio, alega la falta o ausencia de nexo causal, para el caso que el Tribunal estime acreditado algún perjuicio sufrido por el actor, ocurre que el mismo en ningún caso es una consecuencia inmediata o directa del incumplimiento de una obligación por parte de su representada. Lo anterior, puesto que el contrato de seguro de autos es nulo, o, en subsidio, fue objeto de resolución, por lo que no existe obligación alguna que se podría haber incumplido. En subsidio de lo anterior, tampoco existe nexo causal, desde el momento que su representada, según indica en la letra D) del apartado IV) anterior, que tiene por reproducido, no incumplió obligación alguna del contrato de seguro de autos. Por lo anterior, la demanda debe ser rechazada, al no existir relación de causalidad entre un incumplimiento de mi representada y los perjuicios demandados.

En la letra G), en subsidio, alega la falta de imputabilidad, para el caso que el Tribunal resuelva que el contrato de autos no es nulo ni fue objeto de resolución, y además estime acreditado que el actor sufrió un perjuicio producto de un incumplimiento de su representada, ocurre que el mismo no es indemnizable, al no concurrir ni culpa ni dolo por parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A. En este sentido, su representada simplemente cumplió la ley del contrato, aplicando las causales de exclusión de cobertura, por lo que negamos expresamente que exista culpa o dolo de su parte. De esta manera, en razón de las reglas sobre distribución de la carga de la prueba, corresponde al actor probar de manera específica y determinada la supuesta culpa o dolo de mi representada (artículo 1698 del Código Civil).

En mérito de lo expuesto y las normas legales que cita, solicita tener por contestada la demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios promovida por don Juan Bautista Rodríguez Urre, y, en definitiva, rechazarla, con condena en costas.

En el primer otrosí de su escrito de folio 32, el abogado **Jean Pierre Latsague Lightwood**, abogado, en representación de **Bice Vida Compañía de Seguros S.A.** deduce demanda reconvencional de nulidad relativa en contra de don **Juan Bautista Rodríguez Urre**, ingeniero, domiciliado en calle Granada N° 220, comuna de Concepción, representado por el abogado don Carlos Lavín Housset, domiciliado en calle Barros Arana N° 1.098, oficina 1805, comuna de Concepción, por los fundamentos que pasa a exponer.

Explica que esta acción de nulidad relativa se promueve en el entendido que el Tribunal estime que la excepción de nulidad alegada en la letra B) del apartado IV) de lo principal es procedente alegarla como acción.

Añade que respecto de la misma, tiene por expresamente reproducidos los apartados I), II) y III) de lo principal.



Foja: 1

Señala que en efecto, el contrato de seguro de desgravamen de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urrea a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual su representada es aseguradora, adolece de un evidente vicio de nulidad relativa, que alegamos en este otrosí por vía de acción.

Agrega que la nulidad como sanción de ineficacia se encuentra especialmente regulada en materia de contrato de seguro. En este sentido, el artículo 539 del Código de Comercio dispone expresamente lo siguiente: “Otras causales de ineficacia del contrato. El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 524 y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro. En dichos casos, pronunciada la nulidad o la resolución del seguro, el asegurador podrá retener la prima o demandar su pago y cobrar los gastos que le haya demandado acreditarlo, aunque no haya corrido riesgo alguno, sin perjuicio de la acción criminal”.

Añade que la causal de nulidad relativa especialmente regulada se refiere al hecho de que el asegurado, a sabiendas, proporcione al asegurador información sustancialmente falsa al cumplir con su obligación precontractual de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos (artículo 524 N° 1 del Código de Comercio).

Explica que el contrato de seguro de autos adolece de un evidente vicio de nulidad de relativa, que alegamos en este apartado por vía de acción, puesto que el demandado, don Juan Bautista Rodríguez Urrea, al ser consultado por la compañía aseguradora acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, declaró expresamente y personalmente que no tendría enfermedades preexistentes, suscribiendo la declaración personal de salud referida en el N° 3 del apartado III) de lo principal, que tenemos acá por expresamente reproducida. A pesar de lo anterior, el asegurado había sido diagnosticado y era de su conocimiento que desde el año 1993 padecía de Glomerulonefritis por complejos autoinmunes, lo cual incluso lo llevó a ser trasplantado de un riñón el año 2000. Lo anterior, aparece claramente de los antecedentes médicos del actor referidos en el N° 5 del apartado III) anterior, que tenemos acá por expresamente reproducidos.

Refiere que de esta manera, es claro y evidente que el asegurado proporcionó al asegurador información sustancialmente falsa al cumplir con su obligación precontractual del artículo 524 N° 1, configurándose la causal de nulidad relativa alegada.

Indica que en lo que se refiere a la legitimación para alegar la referida nulidad relativa, su representada la alega en calidad de parte aseguradora del señalado contrato nulo. Respecto de la calidad de parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., se remito a lo expuesto en el N° 4 del apartado III) de lo principal, que tengo acá por expresamente reproducido.

Agrega que por otra parte, declarada la nulidad relativa, su representada está legitimada para retener el pago de la prima, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 539 del Código de Comercio y que en el escenario descrito, corresponde acoger la presente demanda, y, en consecuencia, declarar la nulidad relativa del contrato de seguro de autos, con expresa condenación en costas de la contraria.



Foja: 1

En mérito de lo expuesto y las normas legales que cita, solicita tener por interpuesta demanda reconvencional de nulidad relativa en contra de don **Juan Bautista Rodríguez Urra**, ya individualizado, darle tramitación legal, y acogiénola, decretar que se declara la nulidad relativa del contrato de seguro de autos, de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urra a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual Bice Vida Compañía de Seguros S.A. es asegurador, con expresa condenación en costas.

En el segundo otrosí de su escrito de folio 32, el abogado Jean Pierre Latsague Lightwood, abogado, en representación de **Bice Vida Compañía de Seguros S.A.**, deduce demanda reconvencional de resolución en contra de don **Juan Bautista Rodríguez Urra**, ingeniero, domiciliado en calle Granada N° 220, comuna de Concepción, representado por el abogado don Carlos Lavín Housset, domiciliado en calle Barros Arana N° 1.098, oficina 1805, comuna de Concepción, por los fundamentos de hecho y de derecho que expone.

Explica que esta acción de resolución se promueve en el entendido que el Tribunal estime que la excepción de resolución opuesta en la letra C) del apartado IV) de lo principal procede alegarla como acción, y para el caso que el Tribunal estime que el contrato de seguro de desgravamen de autos no adolece de nulidad alguna.

Añade que respecto de la misma, tiene por expresamente reproducidos los apartados I), II) y III) de lo principal.

Señala que en efecto, corresponde y procede declarar la resolución del contrato de seguro de desgravamen de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urra a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual su representada es aseguradora. Lo anterior, se funda igualmente en lo dispuesto en el artículo 539 del Código de Comercio, para el caso que el Tribunal estime que los hechos descritos en el N°5 del primer otrosí anterior, que tiene acá por reproducidos, son objeto de esta acción de resolución.

Agrega que por otra parte, funda igualmente la causal de resolución del contrato en el hecho de que el asegurado prestó información sustancialmente falsa al denunciar el siniestro a través de la solicitud N° 19087 presentada a su representada. Lo anterior, puesto que omitió acompañar una serie de antecedentes médicos, los cuales recién acompañó en la etapa de impugnación de la liquidación del siniestro.

Indica que en lo que se refiere a la legitimación para alegar la resolución del contrato, su representada la alega en calidad de parte aseguradora del señalado contrato de seguro. Respecto de la calidad de parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., se remito a lo expuesto en el N° 4 del apartado III) de lo principal, que tiene por reproducido.

Añade que declarada la resolución, su representada está legitimada para retener el pago de la prima, conforme a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 539 del Código de Comercio y que corresponde acoger la presente demanda, y, en consecuencia, declarar la resolución del contrato de seguro de autos, con expresa condenación en costas.

En mérito de lo expuesto y las normas legales que cita, solicita tener por interpuesta demanda reconvencional de resolución de contrato en contra de don **Juan Bautista Rodríguez Urra**, ya individualizado, darle tramitación legal, y acogiénola, decretar que se declara la resolución del contrato de seguro de autos, de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el



«RIT»

Foja: 1

asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urrea a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual Bice Vida Compañía de Seguros S.A. es asegurador, con expresa condenación en costas.

El demandado reconvenional don Juan Rodríguez Urrea no contestó las demandas reconvenionales deducidas en su contra mediante escrito de folio 32.

A folio 34, con fecha 31 de agosto de 2021, el demandante principal Juan Rodríguez Urrea evacuó la réplica de la demanda principal.

A folio 36, con fecha 9 de septiembre de 2021, el demandado principal Santander Corredora de Seguros Limitada evacuó la réplica de la demanda principal.

A folio 37, con fecha 10 de septiembre de 2021, el demandado principal Bice Vida Compañía de Seguros S.A. evacuó la réplica de la demanda principal.

En el primer y segundo otrosí de folio 37, el demandante reconvenional Bice Vida Compañía de Seguros S.A. evacuó la réplica de las demandas reconvenionales.

A folio 39, con fecha 22 de septiembre de 2021, el demandado reconvenional Juan Rodríguez Urrea evacuó la réplica de las demandas reconvenionales.

A folio 60, con fecha 16 de diciembre de 2021, se lleva a efecto audiencia de conciliación decretada en la causa, con asistencia de los apoderados de don Juan Bautista Rodríguez Urrea, Bice Vida Compañía de Seguros S.A. y Santander Corredora de Seguros Limitada. Llamadas las partes a conciliación, ésta no se produjo.

A folio 61, con fecha 9 de febrero de 2022, se recibió la causa a prueba, acogándose reposiciones deducidas en contra de la misma por las dos demandadas principales según consta en resolución de folio 73, con fecha 13 de julio de 2022.

A folio 152, con fecha 20 de abril de 2023, se citó a las partes para oír sentencia.

A folio 153, con fecha 3 de julio de 2023, se decretó medidas para mejor resolver, y habiéndose cumplido la medida decretada entraron los autos para fallo a folio 155.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:

En cuanto a la falta de legitimación activa.

1º.- Que, como cuestión previa al fondo de la discusión, debe revisarse la procedencia de las excepciones de falta de legitimación activa formuladas en lo principal de folio 32 por Bice Vida Compañía de Seguros S.A en contra de Juan Rodríguez Urrea.

Sabido es que la legitimación procesal es la consideración especial, que tiene la ley, dentro de cada proceso, a las personas que se hallan en una determinada relación con el objeto litigioso, y en virtud de la cual exige, para que la pretensión procesal pueda ser examinada en cuanto al fondo, que sean dichas personas las que figuren como parte en el proceso.

La sola capacidad procesal no basta para formular una pretensión y para oponerse a ella en un juicio, sino que es necesaria una condición más precisa y específica referida al litigio mismo específico.

La *legitimatío ad causam*, entonces, es la consideración legal, respecto de un proceso en particular, a las personas que se hallan en una determinada relación con el objeto del litigio y en virtud de la cual se exige, para que la pretensión de fondo pueda ser examinada, que dichas personas figuren como tales en el proceso.

2º.- Que, la calidad de la acción dice relación con que ésta debe ser intentada por el titular del derecho y contra la persona obligada, es decir, las partes en la relación jurídica



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

Código: WXSFXGVQVCY

Foja: 1

sustancial. La demostración de la existencia de la calidad invocada, que es activa cuando se refiere al actor y pasiva cuando se refiere al demandado, corresponde al actor, debiendo éste acreditar las condiciones de su acción, ya que a él incumbe demostrar su calidad de titular del derecho y la calidad de obligado del demandado. La falta de calidad sea porque no existe identidad entre la persona del actor y aquella a quien la acción está concedida, o entre la persona del demandado y aquella contra la cual se dirige, determina la procedencia de falta de legitimidad. Por consiguiente, la legitimación de la calidad de obrar no es un requisito para el ejercicio de la acción, sino para su admisión en la sentencia. Si de los antecedentes no resulta la legitimación activa o pasiva, la sentencia rechazará la demanda, no porque ésta haya sido mal deducida, sino porque la acción no corresponde al actor o contra el demandado. (sentencia Corte Suprema, causa rol 5.242- 2003, año 2006).

3º.- Que, sentados los referidos principios doctrinarios, atendido la posición jurídica del asegurado Juan Rodríguez Urrea en relación con el asunto litigioso de autos, esto es, la responsabilidad contractual que pretende hacer efectiva por el incumplimiento del contrato de seguro invocado en la demanda en relación a su persona, determina a juicio de este sentenciador su legitimación procesal para demandar en el presente juicio, pues permite que su pretensión pueda ser examinada en cuanto al fondo.

Entender lo contrario importaría, erróneamente, que en todas las causas en que no resultaren probados los hechos fundantes de la demanda, el Tribunal debería acoger o declarar de oficio la falta de legitimación activa, y consecuentemente, desechar las demandas necesariamente por este concepto. Por tales razones, se rechazarán las excepciones de falta de legitimación activa deducidas en lo principal de folio 32.

En cuanto a la demanda principal.

4º.- Que, el demandante Juan Rodríguez Urrea deduce demanda de cumplimiento de contrato de seguro colectivo con indemnización de perjuicios en contra de Santander Corredora de Seguros Limitada y Bice Vida Compañía de Seguros S.A., solicitando que se ordene a dichas demandadas a pagar de forma solidaria o simplemente conjunta la suma equivalente al saldo insoluto del crédito hipotecario más las demás indemnizaciones que indica en su petitorio, todo con reajustes y costas, en virtud de los antecedentes de hecho y de derecho señalados en lo expositivo.

5º.- Que, los demandados Santander Corredora de Seguros Limitada y Bice Vida Compañía de Seguros S.A. contestaron la demanda solicitando su rechazo por los motivos latamente desarrollados en la parte expositiva de este fallo.

6º.- Que, para acreditar los fundamentos de la acción impetrada, la parte demandante Juan Rodríguez Urrea rindió la siguiente prueba en el proceso:

I.- Documental:

- a) Copia de escritura de compraventa con mutuo hipotecario flexible y alzamiento de fecha 28-02-2011, repertorio N° 805-2011 otorgado en la Notaria de Concepción de don Carlos Miranda Jimenez (folio 1);
- b) Solicitud de seguro N° 2756390 de fecha 17-12-2010 respecto del proponente asegurado Juan Bautista Rodríguez Urrea (folio 1);
- c) Informe de liquidación de fecha 09-01-2020 emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 1);



Foja: 1

- d) Certificado de cobertura de seguro de desgravamen de fecha 17-08-2020 emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 1);
- e) Carta de respuesta de fecha 24-06-2020 emitida por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 1); y
- f) Carta de Apelación de fecha 15-01-2020 de Juan Rodríguez Urrea dirigida a Bice Vida Compañía de Seguros S.A., que no tiene firma el peticionario (folio 1).

7º.- Que, para acreditar los hechos en que fundamenta su defensa la demandada Santander Corredora de Seguros Limitada rindió la siguiente prueba:

I.- Documental:

- a) Carta de Apelación de fecha 16-01-2020 de Juan Rodríguez Urrea dirigida a Bice Vida Compañía de Seguros S.A., que tiene firma el peticionario (folio 26);
- b) Informe de liquidación de fecha 09-01-2020 emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 26); y
- c) Solicitud de seguro N° 2756390 de fecha 17-12-2010 respecto del proponente asegurado Juan Bautista Rodríguez Urrea (folio 26);

8º.- Que, para acreditar los hechos en que fundamenta su defensa la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A. rindió la siguiente prueba:

I.- Documental:

- a) Póliza colectiva de seguro de desgravamen asociado a crédito hipotecario del artículo 40 del DFL 251 de 1931, incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código POL220130678 (folio 81);
- b) Condiciones particulares póliza colectiva de seguro de desgravamen e invalidez permanente de dos tercios para créditos hipotecarios con destino vivienda y servicios profesionales (en UF) Banco Santander (folio 81);
- c) Solicitud de seguro N° 2756390 de fecha 17-12-2010 respecto del proponente asegurado Juan Bautista Rodríguez Urrea (folio 81);
- d) Certificado de cobertura de seguro de desgravamen de fecha 10-08-2021 emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto de don Juan Rodríguez Urrea (folio 81);
- e) Cláusula adicional de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios, incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código CAD220131429 (folio 81);
- f) Copia de dictamen de invalidez N° 010.5099/2019 de fecha 16-10-2019 dictada por la Comisión Médica de la VIII Región del Bío Bío respecto de la solicitud de pensión formulada por don Juan Rodríguez Urrea (folio 81);



Foja: 1

- g) Acta de sesión N° 138 de fecha 16-10-2019 de la Comisión Médica de la VIII Región del Bío Bío respecto del caso N° 277289 relativo a don Juan Rodríguez Urrea (folio 81),
- h) Informe de biopsia de fecha 29-12-1993 emitido por el Dr. Helmar Rosenberg respecto de don Juan Rodríguez Urrea (folio 81);
- i) Informe médico de fecha 04-08-2022 emitido por la Dra. Victoria Gassibe Klarian respecto de don Juan Rodríguez Urrea (folio 81);
- j) Copia de certificado de antecedentes médicos de fecha 10-05-2019 emitido por la Unidad de Nefrología del Hospital Guillermo Grant Benavente respecto de don Juan Rodríguez Urrea (folio 81);
- k) Informe de liquidación de fecha 09-01-2020 emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 81); y
- l) Carta de respuesta de fecha 24-06-2020 emitida por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea (folio 81).

II.- Oficios:

A folio 96 se incorporó a la carpeta electrónica oficio remitido por la Comisión Médica Regional de Concepción donde remite el expediente completo de calificación de invalidez N° 277289 correspondiente a don Juan Bautista Rodríguez Urrea.

III.- Testimonial:

En las diligencias de fechas 02 de diciembre de 2022 y 03 de marzo de 2023 (folios 139 y 146), practicadas en causa exhorto E-515-2022 del 15° Juzgado Civil de Santiago, la parte demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A. produjo prueba testimonial consistente en las declaraciones de los testigos Victoria Patricia Gassibe Larian, Lorena Elizabeth Cuturrufo Buchert y Claudio Eugenio Blasquez Alvear, quienes previamente juramentos y legalmente interrogados, sin tacha, expusieron lo siguiente:

El primer testigo respecto del punto siete de prueba declara “No, no cumplió con ello, dado que cuando se me solicitó analizar el caso, se revisó la declaración de salud que esta persona tenía, parte primero con los diagnósticos y se me solicita revisar entre la fecha que el demandante ingresó a BICE VIDA y el momento en que se solicitó la resolución para la discapacidad. Como los diagnósticos son de una enfermedad crónica de largo aliento, vale decir, de una evolución muy larga, me llamó la atención. Solicité la declaración de salud y en la declaración de salud en donde dice que explico si el asegurado al momento de ingresar tenía alguna enfermedad renal, él dijo que no, sí, había tenido, es decir, lo dice en el momento si había tenido antecedentes. Bajo esas circunstancias se solicitaron mayores antecedentes se tuvo a la vista el documento con el cual él solicitó la discapacidad el año 2019. En ello había un documento en donde decía que el Sr. era portador, que había sido trasplantado, tenía un trasplante renal y bajo esa circunstancia y ya al tener un trasplante renal y donde aparecía trasplantado renal en el año 2020, entonces ya eso era una fecha previa al ingreso a BICE VIDA y a la solicitud de la declaración de salud que se tenía. Además tenía en ese documento, antecedentes de gota y de una artritis. Para ello fui revisando y también se tuvo a la vista que el Sr. el año 1993 ya tenía una enfermedad, que se llama enfermedad de Berger esta enfermedad es una enfermedad que fue diagnosticada por biopsia en Clínica Alemana de Santiago y ese



Foja: 1

documento lo tuve a la vista. La enfermedad de Berger para mayor explicación es una enfermedad que se produce por inmuno globulina que son unas proteínas que son para la defensa del organismo, en este caso, “Inmuno globulina A” que se va depositando en los túbulos del riñón por donde pasa la sangre y se filtra la orina. En ese momento el Sr. tuvo una glomérulo nefritis de Berger. Qué quiere decir esto? que la unidad funcional de riñón por donde se filtra la sangre para producir la orina ya estaba alterada por estas inmuno globulinas lo que lleva a insuficiencia renal, es esa enfermedad de base del año 1993 que llevan al Sr. a una insuficiencia renal crónica, terminal, por lo cual se hace un trasplante renal y es por eso que en ese momento se determinó que lo que era el trasplante renal que es el tratamiento en sí mismo de una insuficiencia renal crónica, para que la persona funcione, se consideró que era una pre-existencia. En esta cadena, primero enfermedad de Berger produce insuficiencia renal y esta insuficiencia renal lleva al trasplante renal que es el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia renal. El problema aquí es que esa enfermedad de Berger es una enfermedad de base, el Sr. no se cura de esta enfermedad de Berger, permanece, se solucionó momentáneamente con el trasplante renal. El tema es que 54% aproximadamente, de acuerdo a lo literatura internacional, de personas que son trasplantadas y tienen enfermedad de Berger, vuelven a hacer una insuficiencia renal. El Sr. tiene un alto riesgo de una nueva insuficiencia renal sobre el riñón trasplantado y sobre el otro. Bajo esa circunstancia estamos frente a una pre existencia. Por eso revisé los antecedentes. El Sr. dice que su riñón estaba sano al momento de ingreso a BICE VIDA, el tema es que ya la Comisión Médica para otorgarle la discapacidad le otorga por sí mismo un 50% de discapacidad con riñón trasplantado, aunque el riñón esté funcionando bien. Reconoce en un riñón trasplantado ya un daño y esa es la situación. El Sr. no declaró ni que tenía trasplante renal ni una enfermedad de base anterior que había llevado a una insuficiencia renal crónica. Ese es el meollo del problema”.

Repreguntado para que diga la testigo cuál es su profesión u oficio, responde “Soy médico cirujano con mi registro del colegio médico 12895-3. Tengo más de 40 años de profesión”.

Repreguntado para que diga la testigo qué labores ejerce actualmente, responde “Ejerzo en este momento labores de médico asesor y contralor de BICE VIDA y además soy académico de la Universidad Andrés Bello y la Universidad Johns Hopkins”.

Repreguntado para que se le exhiba el documento que consta a folio 81 de la causa principal, documento Nro. 9, a fin de que diga la testigo a qué corresponde dicho documento y si reconoce la firma puesta en él, previa exhibición del documento, responde “Es un informe médico que me solicitó la Cía. haciendo un resumen y cronología y referencia de cada una de las patologías que presentó este Sr. Lo hice el 4 de agosto de 2022, reconozco mi firma, mi nombre y mi número de Rut. En él se desarrolla no solamente la cronología, sino que hago una breve explicación de cada uno de los eventos patológicos que llevaron a este Sr. A tener la insuficiencia renal, el trasplante renal e incluso las situaciones de artritis que él tiene por mal funcionamiento del riñón y acumulación de cristales a través del riñón que es donde se filtra y acumulación de cristales en las zonas articulares y por eso tiene una artritis. Acá hay una enfermedad de base grave, es inmunológica que tiene que ver con la gama globulina A, que produce este daño en el riñón y este daño en el riñón por su funcionamiento propio va produciendo acumulación de cristales durante todo ese periodo que este Sr. estuvo con



Foja: 1

insuficiencia renal y diálisis y que llega finalmente al 2020 a hacerse un trasplante renal. Y finalmente como dice en el último párrafo, que me referí previamente en donde se dice que existe la posibilidad que este Sr. Haga una insuficiencia renal, en este caso, el asegurador BICE VIDA no tuvo a la vista estos antecedentes porque este Sr. no los declaró y él tenía clara conciencia porque había estado hospitalizado, había tenido biopsia, había tenido un trasplante renal - que es una gran cirugía - y además había estado en diálisis. Por lo tanto, era una situación que era de conocimiento del asegurado. Solamente decir que por si mismo, si la comisión médica en su oportunidad no hubiese considerado que ese riñón estaba funcionando y que este señor estaba sano, como él dice, no le hubiese otorgado este 50% de incapacidad, que sí le otorga la Comisión y que está dado por normativa que le otorga si o si a un paciente trasplantado de riñón aunque su riñón esté funcionando correctamente”.

El segundo testigo respecto del punto dos de prueba declara “Si efectivamente BICE VIDA cumplió con las obligaciones que tenía con el contrato de seguro. Yo soy la jefa del área de siniestros donde liquidamos todos los denuncios que nos llegan a la compañía. En este caso en especial a través de la corredora de Banco Santander recibimos un denuncia por un evento que le había sucedido a nuestro asegurado. En primera instancia esta documentación la recibe un liquidador, él evalúa, revisa y en base al contrato de seguro que es la póliza que tenemos, él genera una primera evaluación, al darnos cuenta de las características de este caso: un antecedente médico, declaración de salud, se envió para la revisión de nuestra contraloría médica que es la Dra. Gassibe. En conjunto con ella se resuelve considerando que había información médica y no se había declarado la información que el asegurado tenía antecedentes médicos previo a tomar el seguro con nosotros. Se resuelve emitir una resolución que se emite a través de un informe de liquidación que es lo que nos dicta la normativa y se informa el rechazo de la cobertura entendiendo que había una enfermedad previa, preexistente, lo cual nos inhabilita para poder pagar una cobertura. En base como le comento, a la información médica del paciente, de nuestro asegurado, a un dictamen de invalidez que se tuvo a la vista, se estableció no otorgar la cobertura considerando las discusiones de las póliza. En base a eso puedo comentar que BICE VIDA si cumplió con el contrato de seguro”.

Repreguntado para que especifique en que Compañía trabaja, responde “Trabajo en BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS”.

El tercer y último testigo respecto del punto dos de prueba declara “En mi calidad de trabajador de BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS, a cargo de la liquidación de los siniestros que se denuncian a la compañía, me consta que se dio cabal cumplimiento a las obligaciones establecidas en la póliza de seguros aludida en la demanda, dado que en el mes de enero de 2020 se emitió el informe de liquidación contemplado en el Decreto Supremo respecto al denuncia de siniestro efectuado por el demandante. Quisiera complementar que respecto a las obligaciones establecidas en el contrato de seguro, puedo señalar que el demandante no dio cumplimiento a su obligación de declarar sinceramente su estado de salud al momento de la contratación del seguro, dado que en dicho momento la Compañía de seguros, le preguntó si presentaba o había sido diagnosticado de alguna enfermedad renal, respondiendo que no y omitiendo una enfermedad que, como se pudo comprobar posteriormente en el proceso de liquidación el señor Rodríguez ya había sido trasplantado de riñón, lo que confirma que a esa fecha padecía de una enfermedad renal. Lo anterior me consta porque participé en el proceso de



Foja: 1

liquidación de siniestros que realiza la compañía en cumplimiento de las obligaciones del contrato, ante la denuncia de un siniestro”.

Repreguntado para que diga cuál fue el siniestro denunciado a la compañía por el demandante don Juan Rodríguez Urrea, responde “El señor Juan Rodríguez Urrea, denunció un siniestro contra la cobertura de invalidez total y permanente dos tercios que se incluye en la póliza de seguros”.

Repreguntado para que diga el testigo si en el proceso de evaluación del siniestro, se consideró la asesoría de algún profesional del área de la salud, responde “En efecto como es habitual en el proceso de liquidación de siniestro que efectúa BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS, contamos con la asesoría de la doctora Patricia Gassibe, quien nos asesoró en la liquidación del siniestro del señor Juan Rodríguez Urrea”.

Repreguntado para que aclare el testigo si en su informe la doctora Gassibe sugirió rechazar la cobertura al señor Rodríguez, responde “En efecto la Dra. Gassibe sugirió rechazar la cobertura de invalidez total y de dos tercios, dado que pudo verificar que el asegurado Juan Rodríguez Urrea había sido trasplantado de riñón, en el año 2000, es decir antes de la contratación del seguro, por lo que se configura una de las exclusiones de cobertura establecidas en el contrato, que se refiere a que no se pagara el siniestro si la causa de la invalidez es una enfermedad pre-existente, es decir una enfermedad diagnosticada antes de la contratación del seguro. Como señalé anteriormente el asegurado contestó negativamente a la pregunta efectuada por la compañía de seguros al momento de la contratación del seguro, respecto a si tenía a esa fecha de contratación, alguna enfermedad renal”.

Interrogado el testigo respecto del punto siete de prueba, declara “Como ya lo señalé antes en las respuestas, al momento de solicitar el seguro el señor Juan Rodríguez Urrea, BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS, le preguntó si tenía o había sido diagnosticado de alguna enfermedad renal, ante lo cual respondió en forma negativa. En el proceso de liquidación del siniestro se pudo comprobar que el asegurado ya tenía un trasplante renal a consecuencias de una enfermedad renal”.

Repreguntado para que diga el testigo si además de omitir la información respecto de su enfermedad renal, el señor Rodríguez Urrea omitió su condición de trasplantado de riñón al momento de celebrar el contrato con la compañía, responde “Efectivamente el señor Rodríguez Urrea, no declaró su condición de trasplantado de riñón, al momento de contratar el seguro”.

Repreguntado para que diga el testigo si estas circunstancias a la que se refirió respecto de situaciones de salud, que habría omitido el demandante al momento de contratar, debieron haber sido informadas por éste, conforme a la póliza del seguro correspondiente, responde “En efecto una de las obligaciones del asegurado establecidas en el contrato es declarar sinceramente su condición de salud, para lo cual la compañía de seguros BICE VIDA preguntó al señor Rodríguez al momento de la contratación del seguro”.

Repreguntado para que diga el testigo si el tipo de información que habría omitido el demandante, es una información relevante para la compañía en la celebración de este tipo de contrato de seguros, responde “En efecto, la enfermedad renal y el trasplante renal corresponden a información de salud de extrema relevancia para apreciar el riesgo que se está asegurando, por lo tanto podría ser un motivo para no celebrar el contrato con el asegurado”.



Foja: 1

9º.- Que, el Tribunal con fecha 03 de julio de 2023, a folio 153, decretó como medida para mejor resolver oficiar al Servicio de Registro Civil e Identificación a fin que remitiera certificado de discapacidad respecto del demandante Juan Rodríguez Urrea, el cual fue evacuado mediante ordinario N° 483, de fecha 11 de julio de 2023, en que se informa que dicha persona no tiene registro de Discapacidad Vigente al día del informe.

10º.- Que, para resolver la presente litis, cabe señalar que el artículo 512 del Código de Comercio refiriéndose al contrato de seguro, indica 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 sufiere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas. 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”*, añadiendo que las normas del título VIII que se inicia con el referido artículo, rigen a la totalidad de los seguros privados.

De acuerdo al artículo 513, el riesgo es *“la eventualidad de un suceso que ocasione al asegurado o beneficiario una pérdida o una necesidad susceptible de estimarse en dinero”* (letra t), y siniestro *“la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato”* (letra x).

El artículo 514 exige que *“la proposición de celebrar un contrato de seguro deberá expresar la cobertura, los antecedentes y circunstancias necesarios para apreciar la extensión de los riesgos. Para estos efectos, el asegurador deberá entregar al tomador, por escrito, toda la información relativa al contenido del contrato que se celebrará. Ésta deberá contener, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones; la cantidad asegurada, forma de determinarla y los deducibles; la prima o método para su cálculo; el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura”*, norma concordante con el artículo 518 que, en lo que interesa para el caso de autos, dispone que *“la póliza de seguro deberá expresar, a lo menos: 3. El interés asegurable; 4. Los riesgos que se transfieren al asegurador”*.

Por su parte el artículo 524, en sus numerales 1 y 5, indica como obligaciones del asegurado: *“1º. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; 5º No agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526”*.

Y en cuanto a los riesgos que asume el asegurador, el artículo 530 expresa que *“el asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella. A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley”*. Agregando el artículo 535, que *“El asegurador no está obligado a indemnizar el siniestro que se origine por dolo o culpa grave del asegurado o del tomador en su caso, salvo pacto en contrario para los casos de culpa grave”*.

Por su parte el artículo 531 establece que *“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 el artículo 533 *“Si el siniestro proviene de varias causas, el asegurador será*



Foja: 1

responsable de la pérdida si cualquiera de las causas concurrentes corresponde a un riesgo cubierto por la póliza”.

El artículo 542 establece que *“las disposiciones que rigen el contrato de seguro son de carácter imperativo, a no ser que en estas se disponga otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o beneficiario. Exceptúense de lo anterior, los seguros de daños contratados individualmente, en que tanto el asegurado como el beneficiario, sean personas jurídicas y el monto de la prima anual que se convenga sea superior a 200 UF, y los seguros de casco y transporte marítimo y aéreo”.*

11º.- Que, respecto de las características especiales que tiene un contrato de seguro colectivo, cabe indicar las siguientes normas contenidas en el Código de Comercio.

El artículo 513 letra w) del referido cuerpo normativo define a los contratos colectivos como *“aquellos que mediante una sola póliza cubren contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas”.*

Por su parte, el artículo 517 del mismo código señala que *“Hay contratación colectiva de seguros en aquellos casos en que mediante una sola póliza se cubra a un grupo determinado o determinable de personas vinculadas con o por el tomador. En este caso llámase tomador o contratante, a quien celebra el contrato por el grupo asegurado. A través del tomador, el asegurador deberá entregar a cada uno de los asegurados que se incorporen al contrato de seguro colectivo, una copia de la póliza, o, al menos, un certificado que acredite la cobertura. En el último caso, tanto el asegurador como el tomador y el corredor del seguro, deberán mantener a disposición de los interesados una copia de la póliza. El asegurador deberá, también, notificar a los asegurados a través del tomador, todas las modificaciones del seguro, las que sólo podrán efectuarse y regir, a partir de la siguiente renovación del contrato. Las modificaciones no informadas serán inoponibles al asegurado. En tal evento, el asegurado podrá renunciar al contrato mediante comunicación escrita dirigida al asegurador, dentro de los diez días siguientes de recibida la notificación, en cuyo caso deberá restituirse la prima que se hubiere abonado desde la modificación. Si la comunicación de renuncia se hubiere presentado ante el tomador o el intermediario, se presumirá su conocimiento por el asegurador a contar de la fecha de su presentación. El tomador es responsable de los daños causados por su actuación en las pólizas colectivas en que intervenga, sin perjuicio de la responsabilidad del asegurador por las gestiones que hubiere encomendado. El asegurador no podrá oponer al asegurado los errores, omisiones o deficiencias del tomador. En este tipo de contratos de seguro, la indemnización de los siniestros cede a favor del asegurado afectado por ellos, o del beneficiario, en su caso”.*

12º.- Que, en relación al contrato de seguro colectivo asociado a créditos hipotecarios, el artículo 40 del D.F.L N° 251, de 20 de mayo de 1931, denominada Ley de Seguros, en lo pertinente, establece que *“Los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar, y cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios, en adelante entidades crediticias, que en virtud de operaciones hipotecarias con personas naturales contraten seguros de desgravamen por muerte o invalidez e incendio y coberturas complementarias tales como sismo y salida de mar, por cuenta y cargo de sus clientes, con el objeto de proteger los bienes dados en garantía o*



Foja: 1

el pago de la deuda frente a determinados eventos que afecten al deudor, deberán cumplir con las siguientes normas, en el proceso de licitación del que trata este artículo”.

13°.- Que, establecido el marco jurídico para el caso sublite, conforme a lo expuesto en lo expositivo se deduce acción de cumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios por don Juan Rodríguez Urrea en contra de Santander Corredora de Seguros Limitada y Bice Vida Compañía de Seguros S.A., con el objeto que se dé cumplimiento al contrato de seguro que dice se habría celebrado entre las partes, que de esta forma se ordene a las demandadas a cubrir el siniestro, procediendo al pago de saldo de capital insoluto de la deuda hipotecaria a la fecha de la declaración de invalidez del deudor asegurado, más las demás indemnizaciones que indica su demanda.

Frente a lo anterior, la demandada Santander Corredora de Seguros Limitada desconoce la existencia de la obligación que el demandante supone incumplida, alegando que en su calidad de corredora de seguros no tiene ninguna responsabilidad en el pago de los siniestros de los seguros que intermedia.

Por su parte, la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A. desconoce la obligación de existencia de la obligación de pago del siniestro atendido la aplicación de una causal de exclusión por enfermedad preexistente que no habría sido declarada por el actor.

14°.- Que, con lo expresado por las partes en sus escritos fundamentales y del análisis de la prueba documental rendida reseñada en los motivos 6°, 7° y 8°, no objetada en contrario y legalmente valorada, se tendrán por acreditados los siguientes hechos:

- a) Con fecha 05-11-2000 don Juan Rodríguez Urrea fue trasplantado de riñón en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción;
- b) Con fecha 17-12-2010, don Juan Rodríguez Urrea con ocasión de la concesión de un crédito hipotecario por parte del Banco Santander Chile, contrató a Santander Seguros de Vida S.A., por intermedio de Santander Corredora de Seguros Limitada, el seguro colectivo de desgravamen con cláusula adicional de invalidez que se encuentran incorporadas al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220130678 y CAD 220131429;
- c) Con el fin de incorporarse al seguro colectivo antes mencionado, don Juan Rodríguez Urrea suscribió una solicitud de seguro N° 2756390 de fecha 17-12-2010 la cual incluía una Declaración Personal de Salud realizada por él.
- d) En la Declaración Personal de Salud, en la parte que indica *“Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las condiciones generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener diabetes, enfermedades al riñón, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades*



coronarias o soplos cardíacos, arritmias, sobrepeso u obesidad, enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis (excepto hepatitis a), enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, ulcera gástrica, colitis ulcerosa; enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma o anemia (excepto por falta de hierro); desordenes nerviosos o mentales, VIH positivo/sida, Síndrome de Down y enfermedades neurológicas como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia y enfermedad de Alzheimer. En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente, declaro sinceramente que ella correspondió.” don Juan Bautista Rodríguez Urrea respondió “Sin declaración de enfermedades”;

- e) Con fecha 28-02-2011, por escritura pública otorgado en la Notaría de Concepción de don Carlos Miranda Jiménez, el Banco Santander Chile otorgó a Juan Rodríguez Urrea un mutuo hipotecario de 3.150 Unidades de Fomento para financiar el precio de la compra de un inmueble consistente en un sitio y vivienda signado con el N° 57 del condominio tipo B, del denominado Parque Ingles, con acceso por Calle Granada N° 220, Concepción;
- f) Con fecha 07-07-2017, se otorgan Condiciones Particulares del seguro colectivo antes citado por medio de las cuales la aseguradora Bice Vida Compañía de Seguros S.A. se adjudicó la licitación de la póliza colectiva de desgravamen e invalidez total y permanente dos tercios para créditos hipotecarios con destino vivienda y servicios profesionales (En UF) Banco Santander, otorgando dicho asegurador continuidad de cobertura respecto de los deudores que mantuvieran créditos hipotecarios vigentes al 31 de julio de 2017 con dicho Banco, dentro de los cuales se encontraba el asegurado don Juan Rodríguez Urrea;
- g) En dichas Condiciones Particulares del seguro colectivo se estipuló que el asegurador es Bice Vida Compañía de Seguros S.A., el contratante es Banco Santander Chile, el beneficiario es Banco Santander Chile y el intermediario es Santander Corredora de Seguros Limitada.;
- h) Con fecha 22-05-2019, don Juan Rodríguez Urrea presenta una solicitud de pensión y calificación de invalidez ante la Comisión Médica de la VIII Región del Bío Bío, la que se tramita en el expediente N° 277289 de dicha Comisión;
- i) Con fecha 16-10-2019, se emite el Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019 de la Comisión Médica de la VIII Región del Bío Bío el cual declara la invalidez definitiva total respecto de Juan Bautista Rodríguez Urrea a partir del día 22-05-2019, por un menoscabo de la capacidad del trabajo del 73% (más de 2/3), por impedimentos de “*Trasplante Renal y Artritis Crónica por Cristales*”;



- j) Con fecha 16-10-2019, en acta de la sesión N° 138 de la Comisión Médica de la VIII Región del Bío Bío se deja constancia que el trasplante renal del demandante equivale a un menoscabo de la capacidad del trabajo del 50%;
- k) Con fecha 19-11-2019, el Dictamen de Invalidez queda ejecutoriado;
- l) Con fecha 26-12-2019, mediante solicitud N° 19087 se efectúa denuncia de siniestro respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea a la aseguradora Bice Vida Compañía de Seguros S.A., por la aplicación de la Cláusula Adicional de Invalidez CAD 220131429 por un monto asegurado de 2.683 Unidades de Fomento para la Operación de Crédito N° 500004183021 otorgada por el Banco Santander Chile, amparado en el Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019;
- m) Con fecha 09-01-2020, se emite Informe de Liquidación por parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., en respuesta a la solicitud N° 19087 respecto del asegurado Juan Rodríguez Urrea, en que decide rechazar un siniestro por incapacidad permanente de dicho asegurado, señalando en lo pertinente que: *“ANÁLISIS DE COBERTURA. El Sr. Juan Rodríguez Urrea mantiene vigente con nuestra Compañía un Seguro de Desgravamen contratado a través de Banco Santander el cual incluye la cobertura adicional de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (2/3) cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código CAD221031429. Según Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019 Ejecutoriado con fecha 19/11/2019 se acordó otorgar la invalidez total definitiva al Sr. Rodriguez con un menoscabo de su capacidad de trabajo del 73 % a raíz de las siguientes patologías: Transplante Renal y Artritis Crónica por Cristales. Ahora bien, según lo señalado en Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez emitido por el Dr. Rodrigo Muñoz Isla indica que el Sr. Rodriguez fue trasplantado renal el 05/11/2000, previamente al inicio de la vigencia del seguro. Cabe señalar que al momento de firmar la Solicitud de Seguro N° 2756390 con fecha 17/12/2010 se le preguntó expresamente al Sr. Rodriguez si a esa fecha se le había diagnosticado o estaba en conocimiento de tener "Enfermedades al Riñón", no informando su situación de salud que le era de pleno conocimiento. CONCLUSIÓN Y RESOLUCIÓN. En razón de los antecedentes presentados, BICE VIDA Compañía de Seguros S.A. comunica que el presente siniestro se encuentra Rechazado. Nuestra resolución se basa según lo establecido en el artículo N° 4 de las Condiciones Generales de la Cláusula Adicional de validez Total y Permanente 2/3 CAD 220131429, el cual indica que: La presente cláusula adicional no cubre el riesgo de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de, letra (e) Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por*



tales las definidas en el artículo 3º, letra h) anterior. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza”;

- n) Con fecha 16-01-2020, se emite carta por don Juan Bautista Urrea, en que impugna el Informe de Liquidación antes citado, fundado, en síntesis, en que el trasplante renal no es una "enfermedad al Riñón", lo cual es una condición y no una enfermedad en sí, por lo que se encuentra curado; que si existió alguna omisión o falta no fue su responsabilidad sino por la funcionaria representante del Banco Santander; que el dictamen de invalidez no especifica la cuantía en que participa cada patología o condición; que la enfermedad que tuvo y que fue curada por el trasplante fue: Glomerulonefritis: inflamación y posterior formación de cicatrices en los pequeños filtros que se encuentran dentro de los riñones (glomérulos), lo que se define globalmente como insuficiencia renal crónica; que todos sus exámenes de salud relativos al funcionamiento renal son normales; que informó su condición de 10 años de trasplantado y fue la Ejecutiva de Hipotecarios del Banco Santander Srta. Leslie Péndola Muñoz, quien llenó los papeles que firmó; que la invalidez Permanente en su caso es la artritis crónica por cristales, que es muy posterior a la firma del Seguro del Crédito Hipotecario y que no tiene relación alguna con el trasplante renal; que no se puede deducirse que el Trasplante Renal exitoso en su caso sea causante de su declaración de invalidez, por formar éste parte de un conjunto, o un par evaluado como tal para llegar a tal declaración y finalmente que nada no prescribe y por regla general esto ocurre en un plazo máximo de 5 años lo que podría aplicarse a una "no declaración de una enfermedad preexistente", si tal fuere el caso. Es más nada queda sin prescribir en Chile luego de 10 años y esto también se cumple en su caso particular, por lo que transcurridos 5 años de contratado el seguro, no se podrá aplicar bajo ninguna circunstancia la exclusión por enfermedades preexistentes;
- o) Con fecha 24-06-2020, se emitió carta por parte de Bice Vida Compañía de Seguros S.A. en respuesta a la impugnación citada precedentemente, informando que mantendría su decisión de no otorgar la cobertura solicitada, indicando que: “(...) 1. Usted ingresó al Seguro de Desgravamen contratado a través de Banco Santander con fecha 21/02/2011, para lo cual suscribió y



firmó un documento denominado "Solicitud de Seguro N° 2756390, el cual incluye una Declaración de Salud, en la cual se señala lo siguiente: "Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener, entre otras..., " Enfermedades al Riñón", ante lo cual usted no declaro nada. 2. Sucede que entre los documentos aportados para la evaluación de este siniestro se acompañó un informe médico del doctor Rodrigo Muñoz Isla, quien señaló que usted había sido sometido a un Trasplante Renal en noviembre del año 2000, es decir, previamente a la contratación del seguro y a su declaración de salud. 3. Además, según se indica en Dictamen de Invalidez N° 010.5099/2019, la primera causa de una incapacidad es "Trasplante Renal", lo que se confirma en Acta de fecha 16/10/2019 en donde se otorga un porcentaje de 50% a este impedimento. 4. Para finalizar, y en lo que respecta a su patología de base "Enfermedad de Berger que fue diagnosticada según informe de biopsia el 29/12/1993, esta es una enfermedad asociada a la inmunoglobulina, que es la causa de la Insuficiencia Renal que conlleva finalmente al Trasplante renal. 5. Todo lo anteriormente señalado, nos permite configurar una de las exclusiones establecidas en el Condicionado General de la Póliza DEG N°172 (POL.220130065), el cual indica que: Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por: letra h) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5° de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. 6. Como usted comprenderá, nuestra resolución se basa precisamente en las Solicitud de Seguros suscrita por usted y en los antecedentes médicos que nos fueron proporcionados, razón por lo que mantendremos nuestra decisión de no otorgar la cobertura solicitada".

15°.- Que, 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



Foja: 1

obligaciones y cargas que le impone el contrato de seguro y la ley; c) que ocurra un siniestro por alguno de los riesgos previstos y cubiertos en la póliza; y d) que no sea aplicable una causal de exclusión convenida; y e) que el siniestro ocurra durante la vigencia del contrato.

En general, la prueba de los requisitos para que proceda la indemnización corresponde al asegurado, de acuerdo a lo que dispone el artículo 524 N°8 del Código de Comercio, sin perjuicio de que diversos aspectos, tales como la justificación de la existencia del contrato y su vigencia, que se realiza normalmente mediante la mera constatación en la póliza respectiva, la que es autosuficiente al respecto (*Contreras Strauch, Osvaldo: "Derecho de seguros". Edit. Thomson Reuters, Santiago, 2014, p. 335 y Código de Comercio, Doctrina y Jurisprudencia. Director Joaquín Morales Godoy. Edit. Thomson Reuters, Santiago, 2010, p. 291*).

16°.- Que, en primer término, respecto de la acción dirigida en contra de Santander Corredora de Seguros Limitada, se acredita con las Condiciones Particulares del seguro colectivo de fecha 07-07-2017 (folio 81) y con los certificados de cobertura del seguro de desgravamen de fechas 17-08-2020 y 10-08-2021 (folios 1 y 81), que dicha demandada respecto del seguro colectivo materia del presente juicio actuó como mandataria de don Juan Rodríguez Urra para la contratación del seguro colectivo, anexo a un crédito hipotecario obtenido por éste con el Banco Santander Chile.

Esta intermediación se encuentra cumplida puesto que no hay controversia en autos en que el seguro colectivo fue contratado y aceptado en su oportunidad por Santander Seguros de Vida S.A. y posteriormente por la aseguradora Bice Vida Compañía de Seguros S.A., quien según se establecido otorgó continuidad de cobertura a los deudores que mantuvieran créditos hipotecarios vigentes al 31 de julio de 2017 con el Banco Santander Chile, dentro de los cuales se encuentra el actor, según las propias demandadas reconocen.

Asimismo, habrá que dejar consignado que el contrato de seguro colectivo se ha concretado obrando como intermediario Santander Corredora de Seguros Limitada, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 57 inciso 5° del D.F.L N° 251, de 1931, asumiendo la tarea de asesorar a la persona (o grupo de personas) que desea asegurarse por su intermedio, ofreciéndole las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses e ilustrándola sobre las condiciones del contrato. Por consiguiente, su misión a lo largo de este vínculo contractual ha sido poner a disposición del asegurado la cobertura ya mencionada, lo que cumplió negociando la incorporación del cliente asegurado.

Cabe señalar que el artículo 60 del citado cuerpo legal, prohíbe a las corredoras de seguros "*firmar, cancelar, anular o dejar sin efecto, o hacer modificar en cualquier forma la vigencia, cobertura, prima o modalidad de pago de las pólizas que intermedien, sin autorización escrita del asegurado*".

Por su parte, el artículo 4° inciso 1° del D.F.L. N° 251 establece que "*El comercio de asegurar riesgos a base de primas, sólo podrá hacerse en Chile por sociedades anónimas nacionales de seguros y reaseguros, que tengan por objeto exclusivo el desarrollo de dicho giro y las actividades que sean afines o complementarias a éste, que autorice la Superintendencia mediante norma de carácter general. Las entidades aseguradoras del segundo grupo podrán constituir filiales Administradoras Generales de Fondos, a que se refiere el Título XXVII de la ley N° 18.045, sujetándose a las normas generales que establezca la Superintendencia*".



Foja: 1

De todo lo razonado hasta ahora, con la prueba rendida en autos la demandante no ha podido acreditar la existencia de un contrato de seguro en que la demandada Santander Corredora de Seguros Limitadas tenga la calidad de aseguradora, y tampoco se ha podido acreditar incumplimiento alguno de las obligaciones que la corredora de seguros demandada tiene conforme a la ley en la operación de contratación del seguro colectivo materia de autos en relación al asegurado Juan Rodríguez Urrea, debiendo mencionarse que la ley de seguros establece una prohibición expresa para que las corredoras de seguros puedan asegurar riesgos a bases de primas, por lo que la demanda deducida bajo el presupuesto de responsabilidad contractual en contra de la demandada Santander Corredora de Seguros Limitada debe ser necesariamente rechazada en todas sus partes.

17º.- Que, en segundo término, respecto de la acción dirigida en contra de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., según lo señalado en la parte expositiva, las partes de este juicio no discuten la existencia del contrato de seguro colectivo de desgravamen con cláusula adicional de invalidez que indica la demanda impetrada en estos autos, en que don Juan Rodríguez Urrea es el asegurado, Bice Vida Compañía de Seguros S.A. es la aseguradora, Santander Corredora de Seguros Limitada es la intermediaria y el Banco Santander Chile es el tomador o contratante y el beneficiario, motivo por el cual éste pasa a ser un hecho no controvertido y, por ende, establecido de la causa.

Por lo demás, la existencia del contrato de seguro colectivo se ve corroborada con los documentos que fueron acompañadas por la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A. en folio 81, sin que fueran objetados, y que se analizan a continuación.

18º.- Que, de acuerdo a la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 220130678 en lo pertinente, señala lo siguiente:

- *Artículo 1. Reglas aplicables al contrato. Se aplicarán al presente contrato de seguro las disposiciones contenidas en los artículos siguientes y las normas legales de carácter imperativo establecidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio. Sin embargo, se entenderán válidas las estipulaciones contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado o el beneficiario. Este seguro se contrata conforme al Saldo Insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado al momento de siniestro o la proporción de éste que le corresponda en caso de existir más de un deudor Asegurado. El presente seguro es aplicable solamente a aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, en que la prima o una parte de ella es de cargo del deudor asegurado, persona natural o jurídica, y en las que el beneficiario del seguro es total o parcialmente la entidad crediticia.*
- *Artículo 2º. Forma de contratación. Esta póliza sólo puede ser contratada en forma colectiva. En la contratación colectiva de aquellos seguros de desgravamen asociados a créditos hipotecarios del artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931, el Contratante o entidad crediticia, adjudica en licitación a una Aseguradora conforme a los términos y condiciones licitados y a los*



establecidos en estas Condiciones Generales, el seguro para cubrir bajo una misma póliza, los riesgos de un grupo de personas que se denominan Asegurados, sobre sus respectivos montos asegurados. Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, sobre contratación colectiva de seguros

- Artículo 3º: Cobertura. La Compañía asegura el riesgo de Muerte del o de los Deudores Asegurados que estén indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso que exista más de un deudor Asegurado para una misma deuda hipotecaria, debidamente señalados en las Condiciones Particulares de la póliza, la indemnización correspondiente al Monto Asegurado, será pagada por la Compañía Aseguradora en la proporción señalada en las Condiciones Particulares de la póliza que a cada uno le corresponda.
- Artículo 4º: Monto asegurado. El Monto Asegurado corresponderá al saldo insoluto de la deuda que mantenga el Asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, calculada en la forma que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, a la fecha de fallecimiento del Asegurado o al último día del mes inmediatamente anterior a dicha fecha. El Acreedor Hipotecario podrá modificar el Monto Asegurado o el plan de amortización, durante la vigencia de ésta y con el debido consentimiento del o los Asegurados que financian toda o parte de la prima, a través de una solicitud por escrito a la Compañía Aseguradora. La Compañía Aseguradora evaluará las nuevas condiciones determinando el nuevo riesgo del Asegurado e indicará el monto de la nueva prima si procediere.
- Artículo 5º: Definiciones. Para los efectos de la presente póliza se entenderá por: a) Asegurado o deudor asegurado: La persona natural deudora del Acreedor Hipotecario, que es el propietario del inmueble hipotecado o el arrendatario en los contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa de la Ley 19.281. El asegurado debe estar expresamente individualizado en las Condiciones Particulares de la Póliza. b) Beneficiario: Es el acreedor hipotecario o entidad crediticia, que podrá ser al mismo tiempo el contratante del seguro, a cuyo favor se ha estipulado el pago de la indemnización en caso de siniestro y que estará indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. El beneficiario tendrá derecho a ser indemnizado hasta a suma de su interés asegurable, en el saldo será indemnizado el asegurado también hasta el valor de su interés; c) Compañía Aseguradora o Compañía o Aseguradora: La persona jurídica, autorizada por la Superintendencia de Valores y Seguros para suscribir los riesgos sobre la vida de una persona y los adicionales correspondientes, de acuerdo al DFL251 y sus modificaciones posteriores, en la República de Chile, y quién asume y suscribe, por el pago de la prima correspondiente, los riesgos cubiertos por



esta póliza. d) *Contratante:* Es quien celebra el contrato por el grupo asegurado. El contratante es la entidad crediticia del asegurado. e) *Entidad Crediticia:* Son los bancos, cooperativas, agentes administradores de mutuos hipotecarios endosables, cajas de compensación de asignación familiar y cualquier otra entidad que tenga dentro de su giro otorgar créditos hipotecarios. También lo serán las sociedades inmobiliarias, respecto de los seguros que deban contratar en virtud de contratos de arrendamiento de vivienda con promesa de compraventa, celebrados en conformidad a lo dispuesto en la ley 19.281; f) *Saldo Insoluto:* Es el monto de la deuda del Asegurado a favor del Acreedor Hipotecario, de acuerdo al plan de amortización acordado con la entidad crediticia, indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. g) *Situación o Enfermedad Preexistente:* Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

- *Artículo 6º: Exclusiones.* Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por: (...) h) *Situaciones o enfermedades preexistentes,* entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5º, letra g) de estas Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.
- *Artículo 7º: Obligaciones del Asegurado.* El asegurado estará obligado a cumplir con lo estipulado en el Artículo 524 del Código de Comercio.
- *Artículo 8º: Declaración del Asegurado.* El Asegurado deberá realizar las siguientes declaraciones: 1) Las estipuladas en el Artículo 524, Nº1) del Código de Comercio, 2) Las estipuladas en el artículo 525 del Código de Comercio. Cualquiera sea la declaración que haga el deudor asegurado en virtud de esta póliza deberá ser hecha de buena fe y respecto de las circunstancias por él conocidas y solicitadas por el asegurador. La aseguradora deberá proporcionar los medios apropiados para que las declaraciones contenidas en este artículo, se realicen en forma expedita y eficiente, ya sea en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación, o por las formas establecidas en el artículo 16, o en otras formas convenidas y expresadas así en las bases de licitación y condiciones particulares de esta póliza.
- *Artículo 9º: Indisputabilidad.* Transcurridos dos años de cobertura continua, contado desde la incorporación del Asegurado, o desde que se produjere el aumento del Monto Asegurado, según corresponda, el Asegurador no podrá



invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubiesen sido dolosas. Para efectos del plazo antes mencionado, se considerará la permanencia continua e ininterrumpida en uno o más seguros licitados sucesivos, aunque sean de distintas aseguradoras.

- *Artículo 12º: Pago del monto asegurado. La obligación de pagar el Monto Asegurado deberá ser cumplida por la Compañía Aseguradora en su valor total y en dinero. El Monto Asegurado a que haya lugar en virtud de la póliza se pagará al Acreedor Hipotecario. En todo caso, de la liquidación del siniestro será deducida cualquier prima adeudada que con la Compañía Aseguradora tuviere el Acreedor Hipotecario respecto del Asegurado siniestrado.*
- *Artículo 13º: Cláusulas adicionales. Las cláusulas Adicionales que se contraten en forma accesoria con esta póliza complementan o amplían la Cobertura establecida en ella, pudiendo, ciertos adicionales, con motivo del pago de las indemnizaciones contempladas en ellos, provocar el término anticipado de esta cobertura para un Asegurado en particular o la Pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los adicionales respectivos*
- *Artículo 18º: Vigencia de la póliza y de la cobertura. La duración de esta póliza será el plazo señalado en las Condiciones Particulares, de acuerdo a lo establecido en las bases de licitación, no debiendo ser inferior a 12 meses de vigencia ni superior a 24 meses. En el caso que al término del contrato colectivo no se hubiese iniciado la cobertura del contrato siguiente, la Compañía aseguradora deberá dar continuidad de cobertura por un plazo máximo de 60 días, manteniéndose las condiciones pactadas.*

19º.- Que, de acuerdo a la Cláusula Adicional de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código CAD 22013142 en lo pertinente, señala lo siguiente:

- *Artículo 1º: Introducción. Esta Cláusula Adicional es parte integrante y accesoria de la Póliza Principal. En consecuencia, se registrará por las Condiciones Generales de dicha póliza y por lo dispuesto en los siguientes artículos.*
- *Artículo 2º: Cobertura. La Compañía pagará anticipadamente al Beneficiario la indemnización establecida en la Póliza Principal en caso de verificarse la Invalidez Total y Permanente del Asegurado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones copulativas: (a) Que la Póliza Principal se encuentre vigente; (b) Que la Invalidez Total y Permanente se produzca antes que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta Cláusula Adicional; y, (c) Que la*



Invalidez Total y Permanente se produzca durante la vigencia de esta Cláusula Adicional. Se deja expresa constancia que la cantidad a pagar por esta Cláusula Adicional será siempre igual al monto que habría que pagar por la cobertura contratada en la Póliza Principal al momento de declararse la invalidez por parte de la compañía. Por consiguiente, el pago al Beneficiario por concepto de la presente Cláusula Adicional producirá el término inmediato de la cobertura otorgada por la Póliza Principal y de todas las demás cláusulas adicionales para el Asegurado. En consecuencia, se extinguirá el derecho al cobro de otras indemnizaciones para dicho Asegurado.

- *Artículo 3º. Definiciones. Para los efectos de la presente Cláusula Adicional se entenderá por:* a) *Accidente: Corresponde a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte al organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. Se considera como un Accidente las consecuencias que puedan resultar al tratar de salvar vidas humanas. No se consideran como Accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo, infecciones virales o bacterianas que sufra el Asegurado, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental. (...) b) Invalidez Total y Permanente: Es la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de una enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales del Asegurado, que implique la pérdida de dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluada 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." (...) y h) **Situación o Enfermedad Preexistente: Corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.***
- *Artículo 4º. Exclusiones. La presente cláusula adicional **no cubre** el riesgo de Invalidez Total y Permanente del Asegurado, si ésta fuere causada a consecuencia de: (...) (e) **Situaciones de salud o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 3º, letra h) anterior.** Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía Aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las*



condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurado, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza; (...) Asimismo, se entiende que rigen para esta cláusula adicional todas las exclusiones establecidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

- *Artículo 6º: Vigencia de la Cobertura. Esta Cláusula Adicional sólo será válida y regirá mientras la Póliza Principal esté vigente, no obstante quedará sin efecto en los siguientes casos: (a) Por término anticipado de la póliza principal o de la cobertura para algún Asegurado. En este caso, esto es válido sólo para dicho Asegurado; (b) Por efectuarse el pago al beneficiario de la indemnización contemplada en esta cláusula adicional; o, (c) A partir de la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad, salvo que se estipule otra edad en las Condiciones Particulares de esta cláusula adicional, rebajándose desde entonces la parte de la prima que corresponda a esta cláusula adicional. En caso de quedar sin efecto esta cláusula adicional, el eventual pago de la prima correspondiente, no dará derecho en ningún caso a la indemnización por una Invalidez Total y Permanente del Asegurado a causa de un Accidente o Enfermedad que se produzca con posterioridad a la fecha de término de la cobertura. En tal caso, la prima será devuelta en los términos establecidos en las Condiciones Generales.*

20º.- Que, de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza Colectiva de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente Dos Tercios para Créditos Hipotecarios con destino vivienda y servicios profesionales (en UF) Banco Santander en lo pertinente, señala lo siguiente:

- El asegurador es Bice Compañía de Seguros S.A., en adelante “La Compañía”, el contratante es: Banco Santander Chile, en adelante “El Banco” y la intermedia es Santander Corredora de Seguros Limitada, en adelante “La Corredora”.
- Las Condiciones Particulares indica que *“Esta póliza se emite para cumplir con las bases de licitación pública y obligatoria del seguro de desgravamen e invalidez total y permanente dos tercios, de la cartera hipotecaria sobre bienes raíces de uso habitacional y de servicios profesionales que el "Banco" inició con fecha 31 de Marzo de 2017, en adelante las "Bases", protocolizadas en la notaría de don Rene Benavente Cash bajo el número 24943-2017, las que son parte de la presente póliza así como sus modificaciones y anexos, todos los cuales se dan por expresamente reproducidos. La póliza cubre los riesgos descritos en el artículo 3 de las Condiciones Generales de la Póliza Colectiva de Desgravamen Asociada a Créditos Hipotecarios, que se encuentra depositada en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y*



Seguros, bajo el código POL 2 2013 0678 y los riesgos descritos en el artículo 2 de la Cláusula Adicional de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Total Y Permanente Dos Tercios que se encuentra depositada en el Registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código CAD 2 2013 1429”.

- *1. Cobertura. Se otorga Cobertura por Fallecimiento, más la cobertura de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios en adelante "Invalidez", a través de la Póliza Colectiva de Desgravamen e "Invalidez" asociada a Créditos Hipotecarios, incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el Código POL 2 2013 0678 y CAD 2 2013 1429. La Compañía asegura el riesgo por fallecimiento e "Invalidez" del o de los Asegurados indicados en estas Condiciones Particulares, y se obliga a Indemnizar al Beneficiario después de haberse comprobado que el fallecimiento del Asegurado o su "Invalidez", ocurrió durante la vigencia de la cobertura para dicho asegurado y que no se produjo bajo algunas de las exclusiones a que se refiere el artículo 6 del POL 2 2013 0678 y el artículo 4 del CAD 2 2013 1429.*
- *2. Asegurados. Son asegurados las personas naturales, deudores y avales de créditos hipotecarios entregados por el Banco que otorgaron en garantía hipotecaria un bien inmueble de uso habitacional o de servicios profesionales, que lo sean al 31 de julio de 2017 y que a esa fecha estén asegurados en la Póliza Colectiva N° DEG-172/DEG-173 de Desgravamen e "Invalidez" contratada por el Banco y emitida por Bice Vida Compañía de Seguros S.A., y que a contar del 1 de agosto de 2017, sean informados en las nóminas mensuales que el Banco deberá enviar a la Compañía y que se individualizarán en los respectivos Certificados de Cobertura Se deja expresa constancia que no están incluidos en esta póliza los deudores que hayan contratado individualmente las coberturas del seguro con esta u otra Compañía de Seguros de Vida.*
- *3. Beneficiarios. Será beneficiario de la póliza el "Banco", tanto para la cobertura de Fallecimiento como de la cobertura de "Invalidez". En caso de mutuos hipotecarios endosables, el beneficiario será el acreedor dueño del mutuo o su cesionario.*
- *4. Monto asegurado. El monto asegurado para la cobertura por fallecimiento corresponderá al saldo de capital insoluto de la deuda hipotecaria a la fecha del fallecimiento del deudor asegurado, suponiendo un servicio regular de la deuda, aceptando hasta tres meses de morosidad. El monto asegurado para la cobertura de "Invalidez" corresponderá al saldo de capital insoluto de la deuda hipotecaria a la fecha de la declaración de invalidez del deudor asegurado, suponiendo un servicio regular de la deuda, aceptando hasta tres*



meses de morosidad. Para determinar el monto asegurado en caso de siniestro, el "Banco" deberá emitir un certificado de deuda para estos efectos.

- 7. Continuidad de cobertura. La presente póliza, otorga continuidad de cobertura por fallecimiento e "invalidez" respecto de los deudores asegurados que mantengan créditos hipotecarios vigentes con el Banco al 31 de julio de 2017 y, que a la misma fecha, estén cubiertos por las pólizas colectivas N° DEG-172/DEG-173 de Desgravamen e "Invalidez" contratados por el Banco y emitidos por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. Adicionalmente, de conformidad al numeral 2.12 del Capítulo II de las "Bases", La Compañía otorga continuidad de cobertura por fallecimiento e "invalidez" a todos los deudores asegurados provenientes de los vencimientos de pólizas colectivas de "Prima Única", cuyo vencimiento ocurra durante la vigencia de esta Póliza. Se entiende por Continuidad de Cobertura, al aseguramiento en esta póliza de la cartera de deudores asegurados en todas las pólizas colectivas anteriormente citadas, sin realizar una nueva suscripción ni solicitud de declaraciones, y en el estado de salud y edad en que se encuentren al 31 de julio de 2017, en tanto se cumplan las siguientes condiciones: a. El asegurado haya estado cubierto en la póliza colectiva anterior, incluyendo las operaciones de refinanciamiento "Alivio Hipotecario". b. Que el hecho esté cubierto también en el nuevo contrato de seguro. c. Que la causa del fallecimiento o de la invalidez, no se encuentre dentro de las exclusiones contempladas en la póliza colectiva anterior que corresponda d. Que la causa del fallecimiento o la invalidez, o la característica de la materia asegurada no haya sido objeto de una declaración falsa o reticente, exceptuada la Indisputabilidad pactada.
- 9. Exclusiones. Serán aplicable todas las exclusiones establecidas en el artículo 6 del POL 2 2013 0678 y en el artículo 4 del CAD 2 2013 1429, incorporadas al Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo los códigos POL 2 2013 0678 y CAD 2 2013 1429, respectivamente.
- 10. Vigencia de la cobertura. La vigencia de la cobertura individual de los deudores asegurados señalados en el primer párrafo del número 7 anterior comienza el 1 de agosto de 2017 y la vigencia individual de aquellos deudores asegurados provenientes de pólizas colectivas de Prima Única señalados en el mismo número, será a contar del día siguiente del vencimiento de la cobertura de la prima única. La compañía no podrá poner término anticipado a la cobertura individual de este seguro.

21°.- Que, entonces, para determinar si existe o no el incumplimiento obligacional que se imputa a la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A por el no pago del siniestro consistente en la invalidez total y permanente del asegurado, se debe analizar si el demandante



Foja: 1

Juan Rodríguez Urrea cumplió o no con la obligación de declarar verazmente sobre su estado de salud, pues dicha demandada alega que éste incurrió en dicha infracción, al no informar que había sido trasplantado de riñón, existiendo así mala fe de su parte, y por ello resolvió que no era procedente pagar el siniestro asegurado.

22°.- Que, conforme a lo convenido por las partes en el artículo 4º letra e), en relación con el artículo 3 letra h), ambos de la Cláusula Adicional de Invalidez reseñada en el motivo 19º, se estableció que la póliza lo es con exclusión específica de “situaciones de salud o enfermedades preexistentes”, entendiendo por tales las enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el Asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

23°.- Que, en el informe de liquidación emitido por Bice Vida Compañía de Seguros S.A. y conforme al cual rechazó dar cobertura al siniestro del actor, se argumentó que se consultó un certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez emitido por el Dr. Rodrigo Muñoz Isla el cual indica que el asegurado fue trasplantado renal el 05/11/2000, previamente al inicio de la vigencia del seguro; y que en el momento de firmar la Solicitud de Seguro N° 2756390 con fecha 17/12/2010 se le preguntó expresamente si a esa fecha se le había diagnosticado o estaba en conocimiento de tener "Enfermedades al Riñón", no informando su situación de salud que le era de pleno conocimiento; por lo que rechaza el siniestro según lo establecido en el artículo N° 4 letra e) de las Condiciones Generales de la Cláusula Adicional de Validez Total y Permanente 2/3 CAD 220131429.

24°.- Que, conforme a los artículos 7º y 8º de la Póliza Colectiva de Desgravamen asociada a Créditos Hipotecarios incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código 220130678 era obligación del asegurado dar cumplimiento al artículo 524 N° 1 del Código de Comercio, esto es, declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.

Dicha obligación es una manifestación de un principio trascendental en materia de seguros, que es el de máxima buena fe, que obliga al asegurado a transparentar todas las condiciones relacionadas al riesgo que se pretende asegurar, de forma tal que se permita al asegurador apreciar la extensión del riesgo y su delimitación.

25°.- Que, tal como se señaló en el motivo 14º, se encuentra acreditado que con fecha 05-11-2000 don Juan Bautista Rodríguez Urrea fue trasplantado de riñón en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, lo que por una parte es reconocido por la propia demandante en su demanda de folio 1 y también se establece por los antecedentes que conforman el expediente calificación de invalidez N° 277289 de la Comisión Médica (folio 96) y en especial del documento consistente en Certificado de Antecedentes Médicos de Invalidez de fecha 10-05-2019, Folio N° 56933, emitido por el Rodrigo Muñoz Isla de la Unidad de Nefrología del mencionado Hospital Regional, el cual indica que don Juan Rodríguez Urrea tiene por diagnóstico gota, insuficiencia renal crónica y fue trasplantado renal con fecha 05/11/2000 encontrándose con tratamiento de inmunosupresores.

Por su parte, de la revisión de la solicitud de seguro N° 2756390 y de la declaración personal de salud anexa al mismo, acompañada en folios 1, 26 y 81, tal como se señaló en el motivo 14º, se encuentra acreditado que frente a las consultas que se le hicieron a don Juan Rodríguez Urrea por medio de la declaración de salud y muy particularmente a la relativa a



Foja: 1

declarar “todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura” y declarar también que “hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener (...) enfermedades al riñón”, el demandante respondió frente a las mismas: “Sin declaración de enfermedades”.

Lo anterior, resulta coincidente con lo declarado por los testigos que presentó la demandada doña Victoria Gassibe Larian y Claudio Blasquez Alvear, los que refieren que revisaron los antecedentes del denuncia y se encuentran contestes en indicar que don Juan Rodríguez Urrea había sido trasplantado de riñón con anterioridad a la incorporación del contrato de seguro colectivo, enfermedad preexistente respecto de la cual no consta que dicho asegurado haya reconocido en la respectiva Declaración Personal de Salud.

De este modo, como el asegurado había sido trasplantado de riñón antes de la contratación del seguro, resulta lógico concluir que al no indicarlo en la declaración sobre su estado de salud que prestó en la solicitud de seguro N° 2756390, incumplió por ello su obligación de declarar sobre tal situación de salud o enfermedad preexistente.

26°.- Que, en el caso sublite es necesario concluir que al momento en que don Juan Rodríguez Urrea solicitó en el año 2010 la incorporación al contrato de seguro colectivo de desgravamen con cláusula adicional de invalidez con motivo del otorgamiento de un crédito hipotecario por parte del Banco Santander Chile, incumplió la obligación establecida en el artículo 524 N° 1 del Código de Comercio, al no haber declarado a la aseguradora la situación o enfermedad preexistente consistente en haber sido trasplantado de riñón con anterioridad a la contratación del seguro, de los cuales el asegurado tenía conocimiento previo o no podía menor que conocer desde el momento de la operación ocurrida en el año 2000; por lo que el hecho de haber incurrido en tal omisión o reticencia al efectuar la declaración sobre su estado de salud debe tenerse como contrario a la buena fe procesal.

Tal relevancia tiene el hecho de haber sido trasplantado de riñón, que esta situación de salud tiene asignada un menoscabo de la capacidad de trabajo de 50% según consta en el expediente de invalidez acompañado en folio 96, y permitió de una forma significativa que don Juan Rodríguez Urrea pudiera solicitar y acceder a la invalidez por pérdida de dos tercios de la capacidad de trabajo al tener un menoscabo total de 73%, por lo que la alegación del demandante en el sentido que al ser trasplantado de riñón se convirtió en una persona sana y que no puede considerarse que tenga una “enfermedad de riñón” será desestimada.

27°.- Que, en cuanto a la alegación que la declaración de salud incurrió en la omisión de no indicar que había sido trasplantado de riñón habría sido responsabilidad de la ejecutiva del Banco Santander doña Leslie Péndola Muñoz, de la prueba rendida en autos no se logra probar la existencia de dicho hecho, por lo que será desestimada.

28°.- Que, en cuanto a la alegación que la no declaración de una enfermedad preexistente en el caso de autos se encontraría prescrita, reviste importancia lo prescrito en el artículo 592 del Código de Comercio, norma que estatuye que “*Transcurridos dos años desde la iniciación 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*” y que también reproduce en términos similares el artículo 9° de la Póliza Colectiva de Desgravamen según se indica en el motivo 18°.



Foja: 1

Del texto y consagración legal de la indisponibilidad del contrato de seguro, se colige, que si se pregunta sobre la existencia o no de alguna enfermedad o condición de salud que figura en el cuestionario respectivo o se le pregunte al asegurado, el transcurso de este plazo de indisputabilidad no sana una eventual reticencia, aun sin que haya sido dolosa, porque en caso la preexistencia está más vinculada a la exclusión de riesgo que a la eventual reticencia (*Osvaldo Contreras Strauch. Derecho de Seguros, Ed. Thomson Reuters, 2014, p. 645-646*).

Así, parece razonable que si una compañía aseguradora se percata de que el proponente o asegurado ha incurrido en una omisión o juicio falso, o en una inexacta declaración, la ley le imponga la obligación de manifestarlo dentro de un plazo razonable, de modo tal que al transcurrir ese plazo, expire el periodo en que el contrato es contestable u objetable (*El Contrato de Seguro Análisis de las Coberturas de Vida e Incendio en la nueva Ley N°20.667, Ed. Thomson Reuters, 2014, pág. 234*).

Conforme lo anterior, la indisponibilidad parece estar consagrada como limitante al asegurador de rescindir el contrato de seguro, cuando deje transcurrir más de dos años desde que toma conocimiento de una condición no declarada por el asegurado, pero no como la consagración y por ende, la inamovilidad de la obligación de indemnizar cuando el siniestro dice relación con una preexistencia de salud no declarada.

Por tales motivos, dicha alegación también será desestimada.

29°.- Que, así las cosas, establecido que la aseguradora Bice Vida Compañía de Seguros S.A. se encontraba facultada para rechazar el pago de la indemnización reclamada en virtud del contrato de seguro colectivo tantas veces citado, siendo justificada su negativa a dar cobertura al siniestro, las alegaciones del actor Juan Rodríguez Urrea de existir el incumplimiento que imputa a dicho demandado será desestimada.

30°.- Que, no habiéndose acreditado un incumplimiento contractual por parte de las demandadas Santander Corredora de Seguros Limitada y Bice Vida Compañía de Seguros S.A., falta un presupuesto esencial para que nazca la responsabilidad reclamada, por lo que la demanda será rechazada en todas sus partes como se dirá en lo resolutivo de este fallo, haciendo ello innecesario emitir pronunciamiento sobre las restantes excepciones deducidas en lo principal de folio 32 por la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A.

En cuanto a las demandas reconventionales.

31°.- Que, en el primer otrosí de su escrito de folio 32, el abogado Jean Pierre Latsague Lightwood, abogado, en representación de Bice Vida Compañía de Seguros S.A. deduce demanda reconventional y por los motivos señalados en la parte expositiva, solicita tener por interpuesta demanda reconventional de nulidad relativa en contra de don Juan Bautista Rodríguez Urrea, ya individualizado, darle tramitación legal, y acogiéndola, decretar que se declare la nulidad relativa del contrato de seguro de autos, de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urrea a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual Bice Vida Compañía de Seguros S.A. es asegurador, con condena en costas.

32°.- Que, en el segundo otrosí de su escrito de folio 32, el abogado Jean Pierre Latsague Lightwood, abogado, en representación de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., deduce demanda reconventional y por los motivos señalados en la parte expositiva, solicita tener por interpuesta demanda reconventional de resolución de contrato en contra de don Juan



Foja: 1

Bautista Rodríguez Urrea, ya individualizado, darle tramitación legal, y acogéndola, decretar que se declara la resolución del contrato de seguro de autos, de fecha 21 de febrero de 2011, contratado por el asegurado don Juan Bautista Rodríguez Urrea a través de Banco Santander – Chile, en calidad de tomador y beneficiario, y respecto del cual Bice Vida Compañía de Seguros S.A. es asegurador, con condena en costas.

33°.- Que, el demandado reconvenional Juan Rodríguez Urrea no contestó las demandas reconconvencionales, razón por la cual ha de entenderse que niega los fundamentos fácticos de las acciones dirigidas en su contra, como quiera que en la especie se ha producido lo que en doctrina se ha dado en llamar “contestación ficta de la demanda”.

34°.- Que, como puede observarse, el objeto de las demandas reconconvencionales es el contrato de seguro colectivo de desgravamen con cláusula adicional de invalidez materia de este juicio, donde el contratante, es decir, quién celebró el contrato por el grupo asegurado es el Banco Santander Chile, quién además es el beneficiario del seguro colectivo, lo cual es un hecho acreditado en juicio según se establecido en el motivo 14°.

35°.- Que, no obstante figurar el Banco Santander Chile como contratante y beneficiario del seguro colectivo, en las demandas reconconvencionales deducidas sólo ha sido demandado don Juan Rodríguez Urrea, deficiencia que determina el rechazo de dichas demandas toda vez que en el caso sub judice también tiene la calidad de legitimado pasivo el Banco Santander Chile, por cuanto las acciones reconconvencionales intentadas, de ser acogidas, afectan directamente a este contratante y beneficiario en su patrimonio.

Arribar a una conclusión contraria significaría no otorgarle al sujeto excluido la oportunidad de defensa, resultando pertinente razones que es necesario una adecuada sujeción a los principios del debido proceso que garantiza nuestra Carta Fundamental, que privilegian la opción de posibilitar el derecho de defensa antes que privarlo o limitarlo, y que asegura a cualquier persona tanto la posibilidad de reclamar ante los tribunales que determine la ley como de ejercer una defensa legítima y de aportar pruebas.

36°.- Que, como corolario de lo que se viene diciendo, las acciones reconconvencionales de nulidad relativa y de resolución del contrato no pueden prosperar y, en tales condiciones, resulta innecesario entrar al fondo de dichas acciones entabladas.

37°.- Que, la restante prueba rendida por las partes, en lo no citado, en nada altera las conclusiones a que se ha venido arribando, y únicamente se menciona para los efectos procesales pertinentes.

Por estas consideraciones y visto lo prevenido en los artículos 1.437, 1.444, 1.445, 1.449, 1.545, 1.546, 1.551, 1.556, 1.559, 1.698, 1.702, 1.706 y 1.712 del Código Civil; artículos 512 y 513 del Código de Comercio; y artículos 144, 160, 169, 170, 341, 342, 346, 384 y 426 del Código de Procedimiento Civil; se declara:

I.- Que, **SE RECHAZA**, las excepciones de falta de legitimación activa formuladas en lo principal de folio 32 por Bice Vida Compañía de Seguros S.A en contra de Juan Rodríguez Urrea.

II.- Que, **SE RECHAZA**, en todas sus partes, la demanda deducida en lo principal de folio 1, por don Juan Bautista Rodríguez Urrea en contra de Santander Corredora de Seguros Limitada y de Bice Vida Compañía de Seguros S.A.



«RIT»

Foja: 1

III.- Que, atendido lo resuelto precedentemente, no se emite pronunciamiento acerca de las restantes excepciones deducidas en lo principal de folio 32 por la demandada Bice Vida Compañía de Seguros S.A.

IV.- Que, **SE RECHAZA**, en todas sus partes, la demanda reconvencional por nulidad relativa de contrato deducida al primer otrosí de folio 32, por Bice Vida Compañía de Seguros S.A en contra de don Juan Bautista Rodríguez Urrea.

V.- Que, **SE RECHAZA**, en todas sus partes, la demanda reconvencional por resolución de contrato deducida al segundo otrosí de folio 32, por Bice Vida Compañía de Seguros S.A en contra de don Juan Bautista Rodríguez Urrea.

VI.- Que, no se condena en costas al demandante principal Juan Bautista Rodríguez Urrea y al demandante reconvencional Bice Vida Compañía de Seguros S.A. por estimar el Tribunal que tuvieron motivo plausible para litigar.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

Rol 7.251-2020.

Dictada por don **DENIS RODRIGO OYARCE ORREGO**, Juez Suplente del Primer Juzgado Civil de Concepción.

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



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

Código: WXSFXGVQVCY