

«RIT»

Foja: 1

FOJA: 92 .- .-

NOMENCLATURA : 1. [40] Sentencia
JUZGADO : 25° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-4458-2021
CARATULADO : GUTIÉRREZ/ZURICH SANTANDER SEGUROS
DE VIDA CHILE S.A.

Santiago, veintitrés de Diciembre de dos mil veintitrés

VISTOS:

En folio 1 compareció doña CAMILA CASTRO AGUIRRE, abogada, domiciliada en Av. Carmen Sylva, N°2838, Depto. 52, comuna de Providencia, en representación judicial de don JUAN PABLO CATALÁN DÍAZ, ingeniero ambiental, con domicilio en Malaquita N° 2221, Colina de Oro, Comuna de Quilpué, Región de Valparaíso, y éste, a su vez, en representación convencional de doña **EVELYN DENISSE GUTIÉRREZ GALLARDO**, chilena, casada, ingeniero ambiental, con domicilio en Malaquita N° 2221, Colina de Oro, comuna de Quilpué, Región de Valparaíso; quien, en la representación investida, interpuso en juicio ordinario de mayor cuantía, una acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, en contra de **ZURICH SANTANDER SEGUROS GENERALES CHILE S.A.**, sociedad del giro de su denominación, Rut 76.590.840-k, representada por su gerente general don HEBERT GAD PHILIPP RODRIGUEZ, todos domiciliados para estos efectos en calle Bombero Ossa N°1069, piso 4, comuna de Santiago; en virtud de los hechos y fundamentos de derecho que se reproducen a continuación:

ANTECEDENTES DE HECHO:



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Expuso que doña EVELYL DENISSE GUTIÉRREZ GALLARDO, presentó con fecha 09 de septiembre de 2010 un episodio de claudicación de la marcha y hemiparesis de hemicuerpo derecho de inicio subagudo, el cual tuvo una duración desde el 09 de septiembre al 24 de septiembre de 2010, por lo cual se trató en el Hospital Van Buren, de Valparaíso, siendo evaluada por especialistas de la Unidad de Neurología y del Programa de E.M. del Hospital Van Buren, recibiendo tratamiento con corticoidales y realizándose los pertinentes exámenes de neuroimágenes y punción lumbar, los que descartaron enfermedad desmielinizante. Por tanto se descartó cualquier tipo de enfermedad proveniente de dicho episodio médico, indicándose que el diagnóstico no fue compatible con enfermedad desmielinizante ni con síndrome piramidal, sostuvo. Refirió que con fecha 28 de junio de 2011, mediante informe médico la doctora Andrea Aguirre, encargada del programa de E. múltiple, quien refiere que fue evaluada en comisión de Esclerosis múltiple de Hospital Barros Luco, y que se catalogó como síndrome desmielinizante aislado, quedando, entonces, claro que se indica que las sospechas de enfermedad desmielinizante se encasillan como sintomatología de hechos aislados. También, de lo explicado por la doctora en su oportunidad, indica que se pueden generar las siguientes enfermedades inflamatorias desmielinizantes idiopáticas del SNC: encefalomiелitis aguda (ADEM), neuritis óptica idiopática, miелitis transversa idiopática, espectro de neuromiелitis óptica (ENMO), Enfermedades inflamatorias sistémicas con manifestaciones en SNC: Neurosarcoidosis, angiítis primaria del SNC, lupus eritematosos sistémico (LES) enfermedad de Behçet, vasculitis, entre otras. Por tanto, se desprende que no por haber tenido un episodio de Síndrome Desmielinizante Aislado, se va a traducir directamente a que se desarrolle la enfermedad de Esclerosis Múltiple, afirmó.

Alegó que con fecha 09 de mayo del 2014, EVELYN DENISSE GUTIÉRREZ GALLARDO contrata la póliza de seguro Individual de



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Desgravamen más Invalidez Total y permanente 2/3 asociado al Crédito Hipotecario para Vivienda con Zurich Santander de Vida Chile S.A. Las coberturas fueron: fallecimiento e invalidez total y permanente 2/3.

Refirió que en septiembre del año 2014, es que la demandante presenta trastornos de la marcha secundaria y paraparesia, cuadro compatible con Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente, siendo confirmado por el centro de Esclerosis Múltiple Nacional del Hospital Barros Lucos HBL con fecha 17 de enero de 2015. Producto de esto es que se toma la decisión médica de iniciar un tratamiento de interferón, el cual se tuvo que postergar por la maternidad de la señora Evelyn, llevando un embarazo exitoso en el año 2016, tras lo cual, al presentar nuevos síntomas de parestesia y trastorno de la marcha, se inicia tratamiento el fecha 16 de enero de 2017 hasta el 2 de febrero de 2018, fecha en la cual se realiza mi representada resonancia magnética, en el cual da como resultado la no evidencia de lesiones nuevas ni captantes de Ganolidio Gd, expuso.

Alegó que el 18 de diciembre de 2019 se levanta el siniestro a la aseguradora por el problema de salud de su representada, teniendo como fecha la denuncia el 16 de enero de 2020, levantándose la evaluación del siniestro N°120000294, asociado a la póliza 1873643.

Mencionó que con fecha 17 de marzo de 2020, se recibe informe de liquidación por parte de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., que indica rechazo de la cobertura, y en el análisis realizado por la aseguradora indica “se ha determinado rechazar la cobertura reclamada, toda vez que la asegurada presentaba antecedentes médicos con anterioridad al inicio de vigencia en la póliza y que no fueron declarados al asegurador, constituyendo información relevante para la suscripción del contrato.”, según citó.

Aseveró que su representada hasta antes del 2014, no tenía diagnóstico ni información de su enfermedad.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Sostuvo que el 02 de abril de 2020 Zurich Santander Seguros de Vida S.A., da respuesta a la impugnación o apelación realizada por la demandante con fecha 31 de marzo de 2020, sobre el siniestro presentado por ella, y la aseguradora mal interpretó o evaluó de manera muy poco diligente, en su concepto, los antecedentes presentados, indicando la aseguradora que, según Ficha Clínica Hospital C. Van Buren la asegurada fue diagnosticada el 11.09.2010 de “Síndrome Piramidal” y el 28.06.2011 “enfermedad desmielinizante aislada”, refirió.

En cuanto a los perjuicios demandados, expuso que son todos aquellos incurridos por la demandante y su familia (sic), que desencadenaron el rechazo de la Póliza de Seguro contratada y que motivó las decisiones y resoluciones arbitrarias, en su concepto, hechas por el demandado, y han tenido que seguir pagando tanto los dividendos del inmueble, los cuales mensualmente son de 9,6 UF con un total pagado de 144 UF, que al día de hoy se cuantifica aproximadamente \$4.233.125 pesos. En cuanto a lo pagado por el Seguro Individual Desgravamen +IP2/3PR, se han pagado 83 cuotas, pero desde la declaración del siniestro de fecha 16 de enero de 2020 corresponde al pago de 15 cuotas correspondiente aproximadamente a la actualidad \$122.143 pesos. Sin cuantificar los gastos de asesoría legal durante el transcurso de este proceso, contando los de la comisión del mercado financiero que aproximadamente bordean \$1.000.000 y la asesoría legal, la cual es parte de las costas del proceso judicial; expuso.

Solicitó concretamente que en definitiva:

1.- Se condene al demandad a la aplicación de sanciones por las faltas realizadas, en cuanto a la no presentación del informe de liquidación de fecha 28 de febrero de 2020, y el de 17 de marzo de 2020 que se acompaña a esta presentación que carece de los



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

requisitos establecidos en el Decreto Supremo N°1.055, o lo que su S.S., estime pertinente de acuerdo a derecho.

2. Se ordene a Zurich Santander Seguros de Vida S.A. el pago de la póliza 1873643, cubriendo el siniestro N°12000092, que corresponde al seguro individual desgravamen + IP 2/3 PR C.H., y que comience a regir desde el momento que se produjo el primer rechazo, o sea desde el 16 de enero de 2020, dando cobertura a los dividendos pagados desde aquella fecha hasta la resolución del presente juicio.

3. Que se condene a los demandados en costas.

En folio 16 consta el emplazamiento de la demandada.

En folio 19 se tuvo **por contestada la demanda en rebeldía** de la parte demandada.

En folio 20 **la demandante evacuó la réplica**, señalando que un trastorno desmielinizante no necesariamente se encuentra asociado al diagnóstico de Esclerosis Múltiple, especialmente cuando se trata de episodios aislados cuya sintomatología desaparece aplicado el tratamiento correspondiente. Cabe señalar que los pacientes que padecen de patologías de este tipo pueden ser diagnosticados con variadas enfermedades de carácter autoinmune, así como ser asociados a algún tumor a nivel cerebral, y/u otras prognosis que serán explicadas en la etapa procesal correspondiente por los peritos que se designen para la investigación de la epicrisis de mi representada, sostuvo.

Agregó que **incorpora al petitorio de la demanda**, que todos los montos en él descritos se paguen conforme al reajuste de acuerdo al tiempo transcurrido desde que se produce el rechazo de la cobertura, o la presentación de la demanda, o la fecha que el tribunal estime pertinente.

En folio 22 **la demandada evacuó la réplica**, cuyo contenido se reproduce a continuación:



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Señaló que niega completamente los hechos y alcances que de los mismos hace la demandante, toda vez que en las condiciones que la señora Gutierrez contrató el seguro, no hay duda alguna que debió informar al asegurador sobre su estado o condición de salud. Al no hacerlo desequilibró el contrato impidiendo a la Compañía a hacer una correcta evaluación de riesgo y a cobrar la prima acorde a la probabilidad real de ocurrencia del riesgo asegurado. Al presentarse sana ante el asegurador, éste cobró la prima – precio de seguro - acorde a tal condición de salud, en circunstancias que su real condición hacía prever la ocurrencia de un siniestro, tal como efectivamente ocurrió a los pocos meses de contratado el seguro, indicó.

Señaló que, efectivamente en septiembre de 2014 a la demandante, señora Gutiérrez se le confirmó que tenía un cuadro compatible con la esclerosis múltiple remitente y recurrente. Para contratar el seguro, la demandante completó de puño y letra y firmó la solicitud de seguros asociados a créditos hipotecarios N°3749508 y la declaración personal de salud incorporada en ella, donde se mencionaron los deberes, obligaciones y cargas que pesan sobre el asegurado al solicitar la contratación de un seguro como el de autos. Este documento de manera expresa previno al asegurado que era su deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a su estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la Compañía y que puedan constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura. En el mismo documento se comprometió, bajo su firma, a responder sinceramente todo lo consultado en relación al estado del riesgo, su extensión y circunstancias y que a la fecha de su solicitud de seguro no estaba en conocimiento de tener enfermedades neurológicas y que no había padecido ninguna otra enfermedad. Bajo la misma firma la demandante aceptaba y estaba en conocimiento que si el siniestro se



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

producía por alguna de las enfermedades declaradas, la Compañía no estaría obligada a pagar la indemnización del seguro; refirió.

Alegó que, en consonancia con lo anterior, las condiciones generales de la póliza de seguro, modelo depositado en la Comisión para el Mercado Financiero, POL 2 2013 0066, dispone en el artículo 8 que el asegurado deberá declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos repitiendo casi de manera literal la obligación que el artículo 524 N°1 del Código de Comercio, le imponía al asegurado.

Refirió que, en términos concretos, la demandante asegurada, única conocedora de su real condición de salud, estaba en conocimiento al tiempo de la contratación del seguro, que debía declarar sinceramente su real condición de salud a fin de permitir, conforme a los principios de buena fe que ilustran al contrato de seguro, que su contraparte aseguradora pudiera fijar el precio acorde y consistente con el riesgo real que transfiere el asegurado.

Alegó que la Compañía, al rechazar el siniestro, señaló que “Se ha determinado rechazar la cobertura reclamada, toda vez que la asegurada presentaba antecedentes médicos con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y que no fueron declarados al asegurador, constituyendo información relevante para la suscripción del contrato”, según citó.

Expuso que el asegurado en el año 2010 antes de la contratación del seguro y estando en pleno conocimiento de la dolencia que padecía, fue atendido y tratado por un cuadro y enfermedad neurológica, que requirió tanto una hospitalización como atenciones ambulatorias. Como resultado de la hospitalización del año 2010, antes de la contratación de la póliza, al recurrente se le diagnosticó un síndrome de uno y medio y un síndrome piramidal bilateral, además de iniciar un estudio por enfermedad desmielinizante. Esto estaba en pleno conocimiento de la asegurada



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

como también el hecho de que estuvo 15 días hospitalizada, tal como lo relata la epicrisis de septiembre del año 2010 del Hospital Van Buren de Valparaíso, indicó.

Señaló que en este caso no se está hablando de un simple resfrío, sino de una grave enfermedad neurológica cuyos síndromes diagnosticados configuraban un cuadro desmielinizante de no buen pronóstico y que, en este caso, finalmente provocó la esclerosis múltiple que causó de la invalidez a la demandante. Los antecedentes del episodio de 2010 no eran menores y siempre estuvieron en conocimiento del asegurado, alegó.

Refirió que, independiente que el cuadro del año 2010 haya remitido, la señora Gutiérrez continuó tratándose y controlándose el episodio neurológico con evidencias de la enfermedad desmielinizante, que es crónica, progresiva y sin cura. Esta sola situación altera el riesgo del asegurado quién no obstante su grave situación de salud se presentó frente al asegurador como una persona sana, omitiendo absolutamente todo su historial clínico reciente que demostró el tratamiento de una grave enfermedad y claros síndromes desmielinizantes. Es decir, la demandante calló su problema neurológico, sostuvo.

Mencionó que una de las defensas de la contraria se basa en sostener que en septiembre de 2010 tuvo un síndrome clínico aislado también conocido como SCA. De este modo, caracterizando la hospitalización de 2010 como algo fortuito y aislado, insiste en sostener que no tenía obligación de declararla, mencionó. Refirió que, sin embargo, esta afirmación de la contraria tampoco es real. En efecto, el síndrome clínico aislado de septiembre de 2010, además de resultar en serios controles, estudios y seguimientos clínicos, es el primer episodio de síntomas neurológicos de origen desmielinizantes por inflamación del sistema nervioso central, síntomas claros de este tipo de enfermedad que, como se ha señalado es progresiva e



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

incurable. En parte alguna de las fichas clínicas, como alega la contraria, se descartó la esclerosis múltiple. Esto no se puede desprender de ningún documento acompañado por la contraria. El doctor Cox Vial, como expusimos, ya en octubre de 2010 se preguntaba si la demandante presentaba una esclerosis múltiple, dejando en evidencia la gravedad del compromiso neurológico de la demandante, refirió.

Manifestó que, en definitiva, no hay duda y así queda demostrado con los antecedentes médicos que la propia demandante ha acompañado con su recurso, (i) que la asegurada conoció de su Enfermedad Desmielinizante y de sus dos síndromes uno y medio y piramidal; (ii) que estuvo en tratamiento inmunosupresor durante hospitalización de 14 días del año 2010 y que continuó su tratamiento según programaciones y controles que se mantuvieron, según aparece en la ficha clínica acompañada, hasta marzo de 2013; (iii) que se efectuó Tomografías computarizadas y resonancias magnéticas de cerebro, que finalmente confirmaron el diagnóstico; (iv) que quedó sometida a controles ambulatorios periódicos y (v) que tuvo conocimiento de la necesidad de la opinión de un subespecialista, indicó.

Expresó que, así, la asegurada demandante tenía un riesgo de salud propenso a la invalidez completamente distinto al que informó y traspasó al asegurador. Frente a éste, se presentó como una persona sana sin problemas neurológicos en circunstancias que no lo era y que, por el contrario, presentaba una condición de salud de tal magnitud grave que al poco tiempo de contratar el seguro la incapacidad se manifestó en todas sus formas, siendo finalmente declarada por el Compin. Insistimos en este punto, la situación de salud no se trataba de un mero resfrío sino de aquellas reconocidas como invalidantes por su carácter progresivo y crónico, señaló.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Indicó que el asegurado demandante de este modo omitió información sobre su estado de salud incumpliendo las obligaciones contractuales contempladas en la póliza como las legales establecidas de manera imperativa en el Código de Comercio, faltando a su deber de sinceridad y afectando el equilibrio del contrato de seguro. La aseguradora Zurich Santander en cambio ha enmarcado su comportamiento dentro de las normas del contrato de seguro pactado, ajustándose a las condiciones y cláusulas del mismo, sin haber incurrido en incumplimiento contractual alguno.

Por otro lado, afirmó que que, en forma previa a la demanda de autos, la señora Evelyn Denisse Gutiérrez Gallardo, dedujo un recurso de protección ante la Iltrma. Corte de Apelaciones de Santiago, seguido bajo el ROL 34631-2020 por medio del cual imputó a Zurich Santander un comportamiento arbitrario e ilegal al haberlo rechazado la cobertura del seguro. Más allá de que la Ilustrísima Corte de Apelaciones rechazó procesalmente el recurso, en el considerando séptimo de su sentencia dejó sentado que la demandante había omitido información al asegurador. En efecto, textualmente el considerando citado señaló lo siguiente: “Séptimo: Que independientemente del conocimiento que hubiere tenido la actora, al momento de la contratación del seguro, resulta ostensible que omitió, en ese momento, los antecedentes que se le reprochan, en cuanto al padecimiento neurológico que la afectó en el año 2010 – que ella misma reconoce – evento cuyo diagnóstico dio cuenta de una afectación a su sistema neurológico central”, según citó.

Alegó que esta sentencia fue omitida por la demandante y resulta ser un antecedente relevante de la causa, toda vez que la Corte al conocer del recurso apreció perfectamente los hechos de la causa y, sin perjuicio de desechar el recurso por no ser la vía destinada a resolver un conflicto contractura, no le cupo duda de la gravedad de la enfermedad omitida ni menos de la omisión en la que incurrió el asegurado.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Estimó que, no habiendo incumplimiento contractual no procede el reclamo de los perjuicios que formula la demandante, por cuanto no existe la relación de causalidad de alega, y, además, la contraria no ha cuantificado la prestación que reclama en su demanda más que indicar que el asegurador cumpla el contrato, siendo por tanto de su carga establecer el periodo y cuantía.

Solicitó concretamente tener por evacuado el trámite de la duplica.

En folio 41 se celebró el comparendo de rigor, notificado según consta en folios 34 y 35, con la asistencia del demandante y su apoderado, y el apoderado de la demandada, entre quienes, previo llamado, no se produjo conciliación.

En folio 43 se dictó la interlocutoria de prueba, notificada según consta en folios 44 y 46, contra la cual no se interpusieron recursos.

En folio 116 se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I.- EN CUANTO A LA TACHA:

PRIMERO: Que en la audiencia de folio 109, la demandada opuso tacha contra la testigo doña MARJORIE ELIZABETH ORTIZ LOBOS, presentada por la demandante, y debidamente individualizada en autos; en virtud de las causales de los numerales 6 y 7 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, por estimar que tiene una relación de amistad con la demandante, declarando incluso que le importaba la situación de la demandante, lo cual sería indicio de su imparcialidad. Solicitó que se acoja la inhabilidad, con costas.

SEGUNDO: Que, evacuando el respectivo traslado, la demandada solicitó el rechazo de la inhabilidad planteada, con costas, alegando que no se advierte que la testigo carezca de imparcialidad por tener interés directo o indirecto en el pleito, solo declaró que le



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

interesa lo que le ha pasado a la demandante, y además, de sus dichos no se logra deducir que mantenga una íntima amistad con la demandante, señalando expresamente que son conocidas, no siendo una relación cercana.

TERCERO: Que, de los dichos de la testigo, no se advierte en ningún caso que ésta mantenga una amistad con la demandante, ni menos que el vínculo entre ellas sea de carácter íntimo, sino que a través de una amiga en común, que no es parte en este juicio, por lo cual no se configura la causal de inhabilidad contenida en el N°7 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil. Por otro lado, de los dichos de la testigo tampoco se advierte que ésta tenga un interés de naturaleza pecuniaria en el resultado del juicio, que es la calidad que debe revestir el interés exigido en el N°8 del precepto legal citado, para configurar dicha causal de tacha, por lo cual ésta también será desestimada. En consecuencia, se rechazan las tachas opuestas por la demandada, por costas.

II.- EN CUANTO AL FONDO:

CUARTO: Que doña EVELYN DENISSE GUTIÉRREZ GALLARDO, interpuso en juicio ordinario de mayor cuantía, una acción de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, en contra de ZURICH SANTANDER SEGUROS GENERALES CHILE S.A., ambas ya individualizadas en autos, como también sus respectivos representantes en autos, y, en virtud de los hechos y fundamentos de derecho que se reproducen en la parte expositiva, solicitó concretamente

Solicitó concretamente que en definitiva:

1.- Se condene al demandad a la aplicación de sanciones por las faltas realizadas, en cuanto a la no presentación del informe de liquidación de fecha 28 de febrero de 2020, y el de 17 de marzo de 2020 que se acompaña a esta presentación que carece de los



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

requisitos establecidos en el Decreto Supremo N°1.055, o lo que su S.S., estime pertinente de acuerdo a derecho.

2. Se ordene a Zurich Santander Seguros de Vida S.A. el pago de la póliza 1873643, cubriendo el siniestro N°12000092, que corresponde al seguro individual desgravamen + IP 2/3 PR C.H., y que comience a regir desde el momento que se produjo el primer rechazo, o sea desde el 16 de enero de 2020, dando cobertura a los dividendos pagados desde aquella fecha hasta la resolución del presente juicio.

3. Que se condene a los demandados en costas.

QUINTO: Que se tuvo por contestada la demanda en rebeldía de la demandada, lo que equivale a una negación de los hechos que sustentan la pretensión de la demandante, por lo cual corresponderá tenerlos por controvertidos en forma total; sin perjuicio de haber evacuado legalmente el trámite de dúplica, cuyas alegaciones se reproducen en la parte expositiva, y en el cual, con todo, no formuló peticiones concretas en relación al fondo de la demanda.

SEXTO: Que la controversia de hecho ventilada en autos radica en determinar el contenido del contrato de seguro celebrado entre las partes; la efectividad de haber ocurrido el siniestro denunciado por la actora; en la afirmativa, fecha, hechos y circunstancias; el cumplimiento del demandado a la obligación de pagar la indemnización convenida en el contrato de seguro celebrado entre las partes; en su caso, fecha, monto y circunstancias; el cumplimiento de la demandante a la obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; en particular, en lo relativo a los antecedentes médicos de la actora a la época de la suscripción del contrato; la existencia de los daños y perjuicios demandados; en la afirmativa, origen, naturaleza y monto de los mismos; y la existencia de una relación de causalidad entre el



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

incumplimiento contractual atribuido al demandado y los daños alegados por la actora.

SÉPTIMO: Que la demandante aportó las siguientes pruebas:

I.- DOCUMENTAL, acompañada en folios 1 y 47, no objetada por su contraparte, y que consiste en:

1.- Impresión de sitio web sobre datos generales de la póliza materia de la Litis.

2.- Documento titulado “Cláusula adicional de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez total y permanente dos tercios”.

3.- Documento titulado “comprobante de solicitud”, emitido digitalmente por el Ministerio de Salud.

4.- Resolución de fecha 4 de noviembre de 2019, de la Superintendencia de Pensiones - Comisión Médica Central.

5.- Ficha clínica de la demandante emitida por el Hospital Carlos Van Buren, S.S.V.S.A.

6.- Documento titulado “Informe médico” de fecha 20 de mayo de 2020, firmado por Fernando Molt Cancino, en calidad de Médico Neurólogo, cédula de identidad 14.427.796-1, del Programa EM Hospital de Coquimbo.

7.- Póliza N°: YDM00100054883.

8.- Dictamen de invalidez emitido por la Superintendencia de Pensiones - Comisión Médica de la Región de La Serena, de 28 de agosto de 2019.

9.- Documento titulado “Informe kinésico”, emanado de la Unidad de Kinesiología del Hospital de La Serena.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

10.- Documento titulado “Informe médico” de fecha 2 de septiembre de 2019, suscrito por Johanna Otero, Neuróloga del Hospital de La Serena.

11.- Informe de resonancia magnética de fecha 30 de marzo de 2019, suscrito por Sergio Soto Fajardo, en calidad de Neurorradiólogo.

12.- Informe de liquidación de siniestro, de fecha 28 de febrero de 2020, emitido por Zurich Santander Seguros Chile.

13.- Informe de liquidación de siniestro, de fecha 17 de marzo de 2020, emitido por Zurich Santander Seguros Chile.

14.- Impugnación de la asegurada a informe de liquidación, de fecha 30 de marzo de 2020.

15.- Carta de respuesta a impugnación, de fecha 2 de abril de 2020, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

16.- Impugnación de la asegurada, de fecha 6 de mayo de 2020.

17.- Correo electrónico, asunto: “RV: Caso Sra. Evelyn Gutierrez Gallardo”.

18.- Documento titulado “Informe médico” de fecha 30 de marzo de 2022, suscrito por Andrea Aguirre, en calidad de Neuróloga, cédula de identidad 13.767.413-0.

19.- Documento de literatura médica, titulado “El proceso diagnóstico”.

II.- TESTIMONIAL, ofrecida en folio 47, decretada en folio 48, y rendida en las audiencias de folio 83, 103 y 109, con la asistencia de los apoderados que en cada acta se indican, y de los testigos que se indican a continuación, quienes, previamente juramentados en forma legal, declararon lo que se reseña también a continuación:

1.- DIEGO ISAAC ROJAS CEPEDA, ingeniero en computación, y contra quien no se alegaron inhabilidades, declaró que conoció a



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Evelyn (demandante) en 2012 o 2013, vía Internet, a través de un juego en línea en el que ambos participaban, y posteriormente, en 2014, se conocieron en persona, en el contexto de una compra de inmueble que estaba realizando la demandante, y el testigo la vio sana; luego, a principios de 2015 se encontraron nuevamente en persona y el testigo la notó diferente; la demandante le dijo que había tenido un episodio (sic) y que estaba en investigación; por lo cual, cuando ella estaba viendo la compra de departamento, no tenía síntomas ni enfermedad.

2.- JOHANNA TAMARA OTERO OLMOS, médica neuróloga, y contra quien no se alegaron inhabilidades, declaró que conoce a la señora Evelyn Gutiérrez desde el año 2017 porque fue paciente suya en el Hospital de La Serena, en su rol de médica neuróloga encargada del programa de esclerosis múltiple de dicho establecimiento, en el año 2017, para ser tratada por su diagnóstico de esclerosis múltiple, que data desde el año 2015.

3.- MARJORIE ELIZABETH ORTIZ LOBOS, ingeniera en pesca y acuicultura, cuya inhabilidad alegada por la demandada fue desestimada en el motivo tercero de esta sentencia, declaró que en el año 2015 apareció por primera vez un deterioro físico en la demandante, a quien conoce por una amiga en común.

OCTAVO: Que la demandada aportó la prueba DOCUMENTAL acompañada en folio 49, no objetada por su contraparte, y que consiste en:

1. Condiciones particulares de la póliza de seguro N° 1000054883.

2. Condiciones Generales de la Póliza N° 100054883 depositada bajo el código POL 2 2013 0066.

3. Cláusula adicional de invalidez total y permanente dos tercios depositadas bajo el código CAD 2 2013 0067.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

4. Informe de liquidación directa de siniestro de 17 de marzo de 2020 respecto del siniestro 120000294 emitido por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.

5. Copia simple de carta de impugnación del asegurado de fecha 2 de abril de 2020.

6. Copia simple de carta respuesta a la impugnación del asegurado de fecha 2 de abril de 2020.

7. Copia simple de solicitud de incorporación al seguro asociado a crédito y declaración personal de salud de fecha 25 de abril de 2014 firmada de puño y letra del asegurado recurrente.

8. Copia simple de ficha clínica del Hospital Carlos Van Buren relativa a las prestaciones médicas y datos clínicos de la señora Evelyn Denis Gutiérrez Gallardo.

9. Copia simple de dictamen de invalidez de la Comisión Médica de la Región de la Serena de 4 de diciembre de 2019.

10. Copia simple de publicación de la revista especializada "livescience" sobre la esclerosis múltiple aparecida en el sitio web <https://www.livescience.com/34785-multiple-sclerosis-inhibits-central-nervous-system.html>.

11. Copia de sentencia pronunciada por la Primera Sala de la Ilustre Corte de Apelaciones de Santiago, en causa sobre recurso de protección caratulada "Gutiérrez/Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.", N° 34631-2020.

12. Acta de medicina tratante y Resolución N°11652/2019 de la Comisión Médica Central, de fecha 4 de noviembre de 2019.

NOVENO: Que, del análisis del contenido de las pruebas legalmente incorporadas, señalados en los motivos séptimo y octavo, y valoradas en conformidad con lo prescrito en los artículos 1700, 1702 y 1706 del Código Civil, y los artículos 342, 346, 383 y 384 del



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

Código de Procedimiento Civil, según la naturaleza de cada probanza, se tiene por acreditado que, en la especie, desde la hospitalización a la que fue sometida la demandante en el año 2010, se evidenció un daño en su sistema nervioso central, que demostraba un riesgo de salud propenso a la invalidez que actualmente padece, permaneciendo asintomática hasta el año 2014, esto es, con posterioridad a la contratación de la póliza N°100054883, de fecha 9 de mayo de 2014.

DÉCIMO: Que, abordando el fondo de la acción deducida, se debe tener presente que, en conformidad con lo previsto en el artículo 1698 del Código Civil, es de carga de la parte demandante acreditar la existencia y el contenido del contrato de seguro que motiva su acción, y es carga de la parte demandada, acreditar o la extinción o la inexigibilidad de las obligaciones contraídas en dicha convención y que su contraparte estima incumplidas.

UNDÉCIMO: Que, en este sentido, de las condiciones generales y particulares de la póliza sub lite, se advierte que cualquier omisión o reticencia de los asegurados, que pudiere influir en la apreciación de los riesgos, o cualquiera circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido retraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para rechazar el pago de los beneficios reclamados (condiciones particulares). Asimismo, se advierte que la parte asegurada se encuentra obligada, entre otras cosas, a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos (condiciones generales).

DUODÉCIMO: Que, en consecuencia, en virtud de lo razonado en los motivos noveno y undécimo, corresponderá acoger las defensas de la demandada planteadas al evacuar la dúplica, por cuanto, en opinión de este tribunal, resulta ser efectiva la preexistencia



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

del daño en su sistema nervioso central, que constituye un riesgo de salud propenso a la invalidez que actualmente padece.

DECIMOTERCERO: Que, en definitiva, no encontrándose acreditado el cumplimiento del asegurado a su obligación contractual descrita en el motivo undécimo, relativa a la declaración de la preexistencia señalada en el motivo duodécimo, el tribunal estima que en la especie se configura la hipótesis descrita en el artículo 1552 del Código Civil, por lo cual no le es exigible a la aseguradora demandada la ejecución de su obligación correlativa, de pagar la cobertura solicitada por la demandante, motivo por el cual corresponderá desestimar la demanda entablada.

DECIMOCUARTO: Que, en cuanto a las costas, el tribunal estima que la demandante ha tenido motivo plausible para litigar, en razón del hecho de haber permanecido asintomática hasta después de haber contratado el seguro sub lite, por lo cual se rechazará la petición de costas formulada por la demandada.

DECIMOQUINTO: Que las demás pruebas aportadas, valoradas legalmente, en nada alteran lo ya decidido sobre el fondo del asunto.

Por estos motivos, y visto lo dispuesto en los artículos 1545 y siguientes del Código Civil, y los artículos 160, 170, 254 y siguientes, y 432 del Código de Procedimiento Civil; **se resuelve:**

A) Que se **desestima la demanda** entablada, en virtud de lo dispuesto en el motivo decimotercero.

B) Que se acogen las alegaciones de la demandada opuestas en el trámite de duplica, en virtud de lo dispuesto en el motivo duodécimo.

C) Que no se condena en costas a la demandante, en virtud de lo dispuesto en el motivo decimocuarto.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad.

ROL C-4.458-2021.



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

Código: CXCMXKFXNCQ

«RIT»

Foja: 1

DICTADA POR DOÑA SUSANA RODRÍGUEZ MUÑOZ, JUEZA.

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



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

Código: CXCMXKFXNCQ