

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 3º Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-20863-2019  
CARATULADO : SAN MARTÍN/ZURICH SANTANDER  
SEGUROS DE VIDA CHILE S.A.

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

**Vistos.**

Con fecha 27 de junio de 2019, folio 1, de causa Rol 20863-2019, a la que se acumuló por resolución de 30 de diciembre de 2019, de folio 30, la causa Rol 20862-2019, comparece doña **Olga de las Mercedes San Martín Cea**, factor de comercio, con domicilio en calle República de Cuba N° 1530, depto. 705, comuna de Providencia, quien deduce demanda de cumplimiento de contrato de seguro, en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, ignora profesión u oficio, ambos con domicilio en calle Bombero Ossa N° 1068, piso 4, comuna de Santiago, por las consideraciones de hecho y derecho que expone.

Con fecha 09 de septiembre de 2019, folio 11, se notifica de forma personal subsidiaria la demanda al demandado, mediante su representante legal.

Con fecha 30 de septiembre de 2019, folio 12, la demandada procede a contestar el libelo deducido en su contra.

Con fecha 25 de octubre de 2019, folio 18, la demandante presenta escrito de réplica y con fecha 11 de noviembre de 2019, folio 20, la demandada, de réplica.

Con fecha 02 de diciembre de 2019, folio 26, se realizó el llamado a conciliación, con la asistencia de la parte demandada y en rebeldía de la parte demandante, la cual no prosperó.

Que, como se adelantó, por resolución de 30 de diciembre de 2019, de folio 30, se procedió a acumular la causa Rol 20862-2019 a la presente.

Que, en la referida causa 20862-2019, consta que con fecha 27 de junio de 2019, folio 1, se dedujo demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, por doña **Olga de las Mercedes San Martín Cea**, factor de comercio, con domicilio en calle República de Cuba N° 1530, depto. 705, comuna de Providencia, también en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, ignora profesión u oficio, ambos con domicilio en calle Bombero Ossa N° 1068, piso 4, comuna de Santiago, por las consideraciones de hecho y derecho que expone.

Con fecha 09 de septiembre de 2019, folio 13, se notifica de forma personal subsidiaria la demanda al demandado, mediante su representante legal.



Con fecha 30 de septiembre de 2019, folio 14, la demandada procede a contestar el libelo deducido en su contra.

Con fecha 16 de octubre de 2019, folio 19, la demandante presenta escrito de réplica y con fecha 30 de octubre de 2019, folio 22, la demandada, de dúplica.

Con fecha 02 de diciembre de 2019, folio 27, se realizó el llamado a conciliación, con la asistencia de la parte demandada y en rebeldía de la parte demandante, la cual no prosperó.

Que, luego, la causa Rol 20862-2019 siguió tramitándose conjuntamente con la causa Rol 20863-2019, recibándose la causa a prueba por resolución de 02 de octubre de 2020, de folio 31, notificada a la demandada con fecha 19 de marzo de 2020, folio 32 y a la demandante con fecha 11 de septiembre de 2020, folio 39, modificándose la interlocutoria de prueba el 06 de octubre de 2020, folio 44.

Que, con fecha 15 de mayo de 2023, folio 139, se citó a las partes a oír sentencia.

Que, por razones de orden procesal y para mejor entendimiento, tratándose de causas acumuladas, se procederá a analizar los escritos de discusión de cada una de ellas en forma separada, para luego continuar en forma conjunta desde la resolución que recibió la causa a prueba.

#### **CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDO:**

##### **A- Causa Rol 20863-2019:**

**PRIMERO:** Que, con fecha 27 de junio de 2019, folio 1, en causa Rol 20863-2019, comparece doña **Olga de las Mercedes San Martín Cea**, quien deduce demanda de cumplimiento de contrato de seguro, en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, todos debidamente individualizados, por las consideraciones de hecho y derecho que expone en su presentación.

Relata que con fecha 18 de enero de 2018, don José Luis Santander González, ex cónyuge doña Olga San Martín Cea, se incorporó en calidad de asegurado titular, a un seguro colectivo denominado “Póliza Colectiva de Seguro de Vida 1K Consumo Banco Santander”, N° 541, el cual fue suscrito entre el Banco Santander en su calidad de beneficiario y Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., en su calidad de aseguradora, cuya vigencia corría para el asegurado señor Santander desde su fecha de incorporación, esto es, desde el 18 de enero de 2018.

Agrega que en lo que respecta a la vigencia de la cobertura individual de este contrato, el seguro cuenta con una vigencia anual y de renovación automática y distingue en cuanto a su inicio de vigencia dependiendo del crédito de consumo que



se haya tomado con la respectiva entidad bancaria (en este caso, el Banco Santander), a saber:

a) Para créditos iguales o mayores a 1.000 UF, la vigencia comienza desde que el crédito se cursa, la compañía aseguradora acepta el riesgo y se paga la prima a la compañía de seguros. La vigencia termina en este caso cuando se cumple el plazo original al que se cursó el crédito.

b) Para créditos menores a 1.000 UF la vigencia comienza desde que el crédito se cursa y se paga la prima a la compañía de seguros. Al igual que el caso anterior, la vigencia termina cuando se cumple el plazo original al que se cursó el crédito.

Lucgo, respecto de la cobertura, según se especifica en las condiciones particulares de la póliza y en atención al siniestro que interesa para los efectos de la demandada, ésta se rige por lo contemplado en el considerando general del Seguro Colectivo Temporal de Vida (POL 2 2013 0153), articulado que está registrado en el depósito de pólizas que lleva la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y que forma parte integrante de la póliza en comento.

Explica que según la cobertura, la aseguradora se obliga a pagar el capital asegurado señalado en las Condiciones Particulares a los beneficiarios, después de acreditarse el fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia de la póliza, o de la cobertura del asegurado si esta fuere superior, con posterioridad al período de carencia y por una causal no excluida de la cobertura, entre ellas, las situaciones o enfermedades preexistentes, las cuales, según el artículo 5 de las Condiciones Generales de la Póliza se entiende como “cualquier enfermedad o situación que afecte al Asegurado y que haya sido conocida por el asegurado o contratante o diagnosticada con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza”.

Añade que en el artículo 7° de las Condiciones Generales de la Póliza, “Designación y cambio de beneficiario”, se establece que el contratante y, en su caso, el asegurado cuando fuere una persona distinta a éste, podrá instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta póliza, en la propuesta de seguro o en la solicitud de incorporación. A falta de beneficiarios designados, se establece que el monto de la indemnización se pagará a los herederos legales del asegurado.

En cuanto al capital asegurado, hace presente que de acuerdo al informe de liquidación, ascendía al momento de ocurrencia del siniestro que afectó al sr. Santander, a la suma de 993,2863 UF.

Acto seguido se refiere al crédito de consumo contratado por el sr. Santander con el Banco Santander, indicando que simultáneamente a la póliza de seguro colectivo a la que se incorporó como asegurado, contrató, asimismo, un crédito de consumo que ascendía a \$45.176.862, pagadero en 48 cuotas.



Explica que tratándose de un seguro de personas, conforme a lo prescrito en los artículos 588 y siguientes del Código de Comercio, quien se encuentra cubierto por el riesgo de fallecimiento es el sr. José Luis Santander González y que el valor asegurado ascendía a 993,2863 UF.

Detalla que con fecha 20 de octubre de 2018, el sr. Santander fue sometido a una cirugía cardíaca de aorta ascendente en el Hospital Clínico San Borja Arriará, ingresando a pabellón aproximadamente a las 7:45 am, intervención que se prolongó por 5 horas y que de acuerdo a lo informado por el doctor a cargo de la operación, no fue sencilla, pues pasaron a llevar una vena generando una hemorragia que duró toda la cirugía y que no pudieron contener, pero que habían solucionado esta complicación aspirando la sangre, derivándola a una máquina de hemodinamia, además de restaurar la recirculación del paciente. El doctor le señaló también que le realizarían al sr. Santander un procedimiento de sutura y acto seguido lo pasarían a recuperación. El médico ingresó nuevamente a pabellón, donde permaneció por horas, para luego salir y pedir hablar con la sra. San Martín y algún otro familiar, indicándole que el equipo médico no logró efectuar positivamente el cierre de la cirugía dado que el paciente presentó una reacción alérgica a un medicamento (protamina), una inflamación de todo el cuerpo y una hemorragia muy grande que no permitía la coagulación de la sangre, además de un vaciamiento intestinal, permaneciendo en riesgo vital.

Alrededor de las 18:30 horas, los médicos tranquilizaron a la familia, informándoles que el paciente estaba más estable, que seguirían con transfusiones de sangre, plasma y plaquetas, por lo que se aplicó un “packing”, el cual corresponde a un método de compresión mecánica para las hemorragias. Dejaron al sr. Santander con drenajes y manifestaron que éste estaba lo suficientemente estable para pasar a la UCI.

Aproximadamente a las 21:30 horas, un médico de la UCI le dijo a la familia del sr. Santander que estaba extremadamente grave y que su hemorragia estaba tan descontrolada que no se tenía la certeza respecto a si alcanzaría la sangre que se le proporcionaba mediante el banco de sangre de la unidad para alcanzar incluso a pasar la noche. Finalmente el sr. Santander falleció el domingo 21 de octubre de 2018 a la 1:46 horas.

Teniendo presente el lamentable fallecimiento del sr. Santander, su cónyuge procedió a realizar la denuncia del respectivo siniestro a la aseguradora demandada con fecha 12 de noviembre de 2018, la que le asignó el número 154798 y procedió, acto seguido, a liquidar directamente el siniestro, según consta en carta de fecha 13 de noviembre de aquel año, poniendo en conocimiento del beneficiario de la póliza (Banco Santander), tal decisión.



Precisa que la liquidación directa de un siniestro es aquella en que la compañía de seguros no encomienda realizar a un liquidador de seguros independiente, esto es, efectuada por un funcionario a sueldo de la misma compañía de seguros, afirmando que no es independiente ni profesional ni tiene regulación ni control alguno.

Agrega que se requirieron múltiples antecedentes médicos del sr. Santander, entre ellos, resultado del examen de Angiotac de Tórax en la Clínica Alemana de 13 de septiembre de 2018, informe del médico tratante sr. Juan Guillermo Sanz de fecha 25 de octubre de 2018, ecocardiograma bidimensional doppler color de fecha 17 de agosto de 2017 realizado por el Hospital del Trabajador, cuestionario médico por fallecimiento realizado a don Juan Guillermo Sanz en relación a los antecedentes del fallecimiento del sr. José Luis Santander, ecocardiografía transtorácica de fecha 28 de agosto de 2018 realizada por la Clínica Alemana, registro de prestaciones médicas realizadas al sr. Santander entre el 01 de enero de 2016 y el 21 de enero de 2019, emitido el 22 de noviembre de 2018 por el Fondo Nacional de Salud, informe del médico tratante sr. Ricardo Alberto Tobar de 16 de noviembre de 2018 y certificado de defunción.

Luego, por carta de 21 de diciembre de 2018, don Freddy Contreras Espinoza, Jefe de Liquidación Zurich Santander Seguros de Vida Chila S.A., procedió a enviar informe de liquidación a la sucesión del sr. Santander, rechazando otorgar cobertura a la póliza colectiva que aseguraba el pago de una suma de dinero a los herederos legales, que según consta en el informe de liquidación ascendía a 992,2863 UF.

Indica que el rechazo de la cobertura se habría debido a lo consignado en los artículos 3, 4 y 6 del Condicionado General (POL 2 2013 0153), por cuanto el sr. Santander no habría dado cumplimiento a dichas disposiciones, toda vez que no habría informado a la Compañía que presentaba una prótesis aórtica y raíz aórtica dilatada, información que no habría sido señalada al momento de la contratación del seguro, alterando con ello el riesgo asumido por la aseguradora. Para ello, esta última se basó en los antecedentes acompañados para la evaluación de cobertura del presente siniestro, en particular, el ecocardiograma bidimensional doppler color de 17 de agosto de 2017, el cual contemplaría el diagnóstico referido.

Explica que doña Olga San Martín Cea, en su calidad de cónyuge y heredera del sr. Santander, con fecha 02 de enero de 2019, de conformidad a lo establecido en el artículo 26 del DS N° 1055 de 2012 y mediante carta destinada al efecto, procedió a impugnar el informe de Liquidación emitido por la aseguradora demandada de fecha 21 de diciembre de 2018, en los siguientes términos:

a.- Que el sr. Santander fue sometido a una cirugía cardíaca para reemplazo de aorta ascendente el día 20 de octubre de 2018. Se aclara que el diagnóstico



médico que exigió la realización de esta operación fue consecuencia de un control médico realizado con fecha 28 de agosto de 2018, esto es, muy posterior al inicio de la cobertura, ya que el sr. Santander se incorporó con fecha 18 de enero del referido año.

b.- Que este diagnóstico de aorta ascendente no era conocido por el sr. Santander ni por sus cercanos al momento de la suscripción de la póliza cuya cobertura se reclamó en su oportunidad, adjuntándose 2 informes médicos a la carta de impugnación, suscritos por el cirujano cardíaco sr. Guillermo Sanz (quien realizó y estuvo a cargo de la cirugía), además de aclarar que la dilatación de la raíz aórtica relacionada con la prótesis cardíaca no tuvo ningún tipo de relación de causalidad con el fallecimiento del sr. Santander.

c.- Que si bien el sr. Santander era portador de una prótesis valvular en posición aórtica, desde hace algunos años, ésta se encontraba en buen estado y no tenía indicación quirúrgica; el paciente era asintomático desde el punto de vista cardiovascular. El funcionamiento de la prótesis nada tuvo que ver con el fallecimiento del sr. Santander.

d.- Que, asimismo, se advierte la sorpresa y llama la atención que los siniestros Ns° 154790 y 154796 asociados a las pólizas Ns° 487/650029969668 (desgravamen de consumo) y 557/540001142890 (desgravamen hipotecario) sí fueron cubiertos por la Compañía, siendo que ambas coberturas dicen relación a los mismos hechos del presente siniestro.

e.- Que, de esta forma, cuesta entender cuál es la diferencia en los hechos y en la cobertura entre los dos siniestros a los que sí se les concedió cobertura y el presente siniestro rechazado, lo cual incidiría en una infracción a la teoría de los actos propios.

f.- Que, en conclusión, se manifiesta disconformidad con la decisión de la Compañía, toda vez que, en primer lugar, el fallecimiento del sr. Santander no tuvo como causa una enfermedad pre existente y, en segundo término, este último no podía declarar la existencia de una enfermedad que aún no le había sido diagnosticada, en este caso, aneurisma de aorta ascendente, diagnóstico encontrado con fecha 28 de agosto de 2018 y confirmado con Angiotac de Tórax de 13 de septiembre de 2018. En efecto, es en virtud de estos exámenes que el médico confirma el diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente y por el cual decidió derivar al sr. Santander a realizar con urgencia la correspondiente cirugía, reiterando que la causa de su muerte se debió a un “trastorno de coagulación severo” que finalmente lo lleva a un shock hipovolémico y posterior fallecimiento.

Detalla que posteriormente, por carta de 10 de enero de 2019, la aseguradora insistió en su determinación de rechazar la cobertura del siniestro, indicando que la patología valvular del sr. Santander era preexistente a su incorporación a la póliza



colectiva de seguro de vida N° 541 y concomitantemente también tenía dilatación de la aorta adyacente.

Acto seguido, hace referencia a los artículos 1545, 1546, 1547 y 1560 del Código Civil e indica que habiendo fallecido el asegurado, estando vigente la póliza, correspondía que el asegurador cumpliera con la obligación que le imponía el artículo 529 N° 2 del Código de Comercio, esto es, indemnizar el siniestro.

Refiere que el informe de liquidación directo, se basa en un presupuesto del todo errado atendido que el sr. Santander habría omitido declarar el diagnóstico de una raíz aórtica dilatada y prótesis biológica aórtica previo a su incorporación a la póliza, lo que resulta improcedente por los motivos expuestos, esto es: porque el diagnóstico que determinó la realización de cirugía, es de 28 de agosto de 2018, posterior al inicio de la cobertura que data de 18 de enero del mismo año; porque si bien el sr. Santander era portador de una prótesis valvular biológica en posición aórtica, ésta se encontraba en buen estado y no tenía indicación quirúrgica; porque al haberse denunciados dos siniestros en otras dos pólizas distintas contratadas con la misma aseguradora y que aseguraban también al mismo sr. Santander, basado en idénticos hechos y ajustados por el mismo liquidador, éste si otorgó cobertura para aquellos siniestros, en cambio, en el presente se denegó, lo que no resulta coherente a su juicio, contraviniendo la teoría de los actos propios; porque la sra. San Martín, cumplió diligentemente las obligaciones que le impone el artículo 524 N° 8 del Código de Comercio.

Así, concluye que la causal de preexistencia invocada por la demandada en orden a rechazar el siniestro de autos no se fundamenta en ninguna enfermedad o condición diagnosticada previamente a la contratación del seguro, por lo que es absolutamente improcedente y no tiene asidero fáctico ni jurídico.

Agrega que en el caso de autos, lo que corresponde es indemnizar el siniestro cubierto por la póliza, lo que se traduce, en pagar a la sra. San Martín en su calidad de cónyuge y heredera legal del sr. Santander, el monto asegurado y ajustado por el liquidador en su informe de liquidación, ascendente a 993,2863 UF.

Luego, se refiere a la competencia y facultades del Tribunal para conocer y resolver el conflicto, citando el artículo 543 inciso 3° del Código de Comercio.

Previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, ya individualizados, admitirla a tramitación y en definitiva condenarla al cumplimiento del contrato de seguro, el pago de 993,2863 UF, correspondiente al monto asegurado y ajustado por el liquidador en su informe de liquidación en relación al fallecimiento del sr. José Luis Santander González, más reajustes e intereses desde la fecha en que



la obligación se hizo exigible, es decir, desde la fecha de fallecimiento del sr. Santander y hasta la fecha del entero pago de lo adeudado, con costas;

**SEGUNDO:** Que, con fecha 30 de septiembre de 2019, folio 12, la demandada procede a contestar la demanda deducida en causa Rol N° 20863-2019, solicitando su rechazo con expresa y ejemplar condena en costas.

Indica que la demandante solicita al Tribunal condenar a su parte a indemnizar con el pago de 993,2863 UF, correspondiente al monto asegurado y ajustado por el liquidador en su informe de liquidación, suma que debe aumentarse con los reajustes e intereses correspondientes contados a partir de la notificación de la demanda más las costas de la causa, fundada en el supuesto incumplimiento del contrato de seguro por la negativa de su parte a indemnizar el siniestro.

Niega completa y totalmente las imputaciones de incumplimiento, desde que la causa esgrimida por el asegurador para rechazar el pago del siniestro, no ha sido nunca que la enfermedad que ocasionó la muerte del asegurado era preexistente a la celebración del contrato.

Precisa que con fecha 15 de enero de 2018, el sr. José Luis Santander González solicitó su incorporación como asegurado a la póliza colectiva de seguros de vida, con el objeto de asegurar su vida por un capital asegurado equivalente al saldo original del crédito N° 650030382409, tomado por la suma de \$26.633.681.

Agrega que la cobertura de la póliza se otorgó a partir de la fecha del otorgamiento del crédito que se asociaba, esto es, a partir del 18 de enero de 2018 y tenía por objeto el riesgo de fallecimiento del asegurado que ocurriera durante la vigencia de la póliza.

Explica que al solicitar su incorporación al seguro, el sr. Santander fue especialmente consultado acerca de su estado de salud y, específicamente, si había sido diagnosticado o estaba en conocimiento de padecer a la fecha de la solicitud, alguna enfermedad coronaria, enfermedad cardíaca o cualquier otra, a lo que respondió que no tenía enfermedades que declarar, firmando de puño y letra una declaración por la cual tomaba conocimiento y estaba consciente que debía declarar sinceramente sobre su estado de salud y sobre todas aquellas circunstancias que podría constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura.

Luego, con fecha 12 de noviembre de 2019, se denunció el siniestro de fallecimiento del asegurado, sr. José Luis Santander González, a la Compañía Aseguradora de la Póliza 541.

El fallecimiento habría ocurrido el día 21 de octubre de 2018, con ocasión de una cirugía de recambio valvular y de aorta descendente efectuada el día antes, que debido a complicaciones de coagulación sanguínea provocó la muerte por un shock





hipovolémico, es decir, una pérdida de sangre que hace que el corazón sea incapaz de bombear suficiente sangre al cuerpo.

Añade que el asegurado presentaba al tiempo del siniestro, además, una dilatación en la aorta adyacente que le produce una aneurisma al paciente agravando la cirugía.

En definitiva, con fecha 21 de octubre de 2018, el asegurado falleció como consecuencia de complicaciones al efectuarse un recambio o reemplazo de la válvula aórtica.

Así, indica que el asegurado faltó al deber de sinceridad contemplado en la póliza, pues al solicitar su incorporación con fecha 15 de enero de 2018, declaró no padecer ninguna situación o enfermedad cardíaca o coronaria de ninguna especie, en circunstancias que, según se indica en el ecocardiograma de agosto de 2017, el asegurado presentaba una raíz aórtica dilatada y tenía una prótesis biológica en posición aórtica, situación que requiere seguimiento médico muy riguroso y un recambio de prótesis, operación siempre riesgosa y que altera la condición de riesgo del asegurado, como quedó de manifiesto en el siniestro.

Precisa que en los contratos de seguro, se exige al asegurado declarar sinceramente el estado de salud pasado y futuro que presenta al incorporarse o contratar un seguro.

Indica que como el contrato de seguro es de adscripción voluntario y los contratos de seguros de salud, desgravamen o vida privados forman parte del contrato mercantil regulado en el Código de Comercio, el equilibrio de las prestaciones de las partes es fundamental para hacer exigibles las obligaciones recíprocas. De este modo, transmitir al asegurador la información precisa del riesgo que se le pretende traspasar es fundamental para que éste fije la prima correspondiente y adecuada al riesgo.

Afirma que este ejercicio se traduce, por una parte, en que el asegurado informe adecuadamente el riesgo y el asegurador, fija la prima conforme a la evaluación que hace de esa información, equilibrando las obligaciones de las partes.

Estas obligaciones son en el contrato de seguro, el pago de la prima que determina el asegurador, obligación que es de cargo del asegurado; y la asunción del riesgo por un período determinado, obligación que asume el asegurador.

Luego, bajo estas circunstancias, declarar que se es sano y que no se tienen o padecen enfermedades, situaciones de salud o que no se presentan operaciones de la importancia de la que se había realizado el sr. Santander, altera el equilibrio de las prestaciones de las partes, haciendo más gravosa una de ellas respecto de la otra, con el agravante de que tal desequilibrio es ignorado por una de ellas. Hace presente que tan claro es esto en el caso objeto del presente juicio, que fue precisamente la



condición de salud que presentaba el asegurado, que terminó por ocasionarle la muerte.

Detalla que la aseguradora no alega que la enfermedad coronaria que obligó al asegurado a insertarse una prótesis haya sido la causante del siniestro, lo que sería una enfermedad preexistente, sino que reclama que con la omisión incurrida por el asegurado, se presentó frente al asegurador, como una persona sana, en circunstancias que era sabido que tenía una prótesis delicada que debía ser controlada y que médicamente podía presentar complicaciones.

Es decir, mientras el asegurador creía que amparaba a una persona sana, el asegurado sabía y era consciente que padecía de una enfermedad coronaria que había requerido operación previa a la contratación del seguro.

Reitera que la causal del rechazo de la cobertura obedece a la falta al deber de sinceridad, primera y primordial obligación del asegurado, y no a la preexistencia de una enfermedad.

Hace presente que en este caso no aplica la indisputabilidad contractual o legal, toda vez que no han transcurrido dos años desde la contratación del seguro por parte del asegurado, condición indispensable de procedencia de acuerdo al artículo 592 del Código de Comercio.

Indica que la demandante funda su acción de cumplimiento del contrato en una supuesta exclusión de cobertura que nunca ha sido esgrimida por el asegurador para rechazar el siniestro, sino la falta de veracidad de la declaración, pues el hecho que el asegurado hubiese tenido una prótesis de ese tipo y que en agosto de 2017 tuviese una raíz aórtica dilatada, aumentaba el riesgo de fallecimiento del asegurado, como de hecho ocurrió al poco tiempo de la contratación del seguro, alterándose con ello el riesgo asumido por la compañía y relacionado al diagnóstico que causa el fallecimiento con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, citando el informe de liquidación.

Esta omisión de información no es preexistencia sino que es el incumplimiento de la obligación contemplada en el N° 1 del artículo 524 del Código de Comercio, en relación con el artículo 525 del mismo cuerpo legal, reticencia u omisión de un hecho sustancial en relación al riesgo efectivo.

Luego, indica que los siniestros acogidos están sujetos a condiciones distintas de la póliza objeto de esta demanda.

Explica que al aplicarse la cobertura a dichos siniestros y no al que se reclama en este juicio, demuestra, en primer lugar, como es que el asegurador ha aplicado correctamente las disposiciones contractuales de los distintos seguros y, en segundo lugar, como es que el demandante discurre sobre premisas falsas y equivocadas confundiendo pólizas y condiciones de cobertura.



Así, por ejemplo, respecto del siniestro 154.796 relativo a un seguro de desgravamen asociado a un crédito hipotecario, el asegurador demandado otorgó la cobertura toda vez que, si bien se refería a los mismos hechos causantes del siniestro, se diferencia de la póliza objeto del presente juicio porque el asegurado contrató la póliza a partir del 23 de septiembre de 2015, habiendo transcurrido el plazo de 2 años para disputar la póliza por reticencia, no existiendo, en consecuencia, los presupuestos necesarios para rechazar la cobertura, como si ocurre en este caso.

Refiere que la demandada cuestiona o pone en duda la liquidación directa efectuada por el asegurador, ridiculizando la función del liquidador directo, al señalar que éste se hace por medio de un funcionario a sueldo, que no es profesional, ni independiente y, por consiguiente, que las conclusiones siempre tenderán a perjudicar al asegurado.

Indica que tal apreciación es incorrecta y cita al efecto lo dispuesto por los artículos 61 del DFL N° 251 y 20 del DS N° 1055 de Hacienda, agregando que la liquidación directa está sujeta a las mismas normas que la externa y la labor de los liquidadores en ambos casos sujetas a un férreo control o supervisión por parte de la Comisión para el Mercado Financiero.

Argumenta que en el caso de autos, los ejecutivos a cargo de la liquidación se hicieron asesorar por médicos especialistas en enfermedades coronarias o cardíacas a fin de comprender el alcance y extensión de los actos del asegurado y su efecto sobre la cobertura, concluyendo que el contrato se ha cumplido y aplicado conforme a sus términos y condiciones.

Luego, indica que la demandante exige el pago de 993,2863 UF, en circunstancias que la obligación contractual del asegurador fue pactada en pesos, que en el caso de esta póliza equivale al monto del crédito de consumo otorgado por el Banco, \$26.633.681.

A continuación se refiere a la improcedencia de intereses, pues los que demandan corresponden a moratorios y, por consiguiente, está duplicando su pretensión de resarcimiento por la mora, con lo que obtendría un enriquecimiento injusto, constituyendo un abuso del derecho.

Refiere además que sólo en caso de sentencia favorable se constituiría en mora al deudor y no antes. De este modo, los intereses solo serán procedentes desde la fecha en que la sentencia quede firme y ejecutoriada, citando al efecto fallo de la Il. Corte de Apelaciones de Santiago, de 11 de mayo de 2000.

Así concluye que los intereses por la mora solo se devengan desde la fecha en que la obligación se hace exigible, lo que en materia judicial se produce cuando la sentencia que se pronuncia sobre la cobertura y la indemnización del seguro, en lo relativo a su existencia y monto, se encuentra ejecutoriada o causa ejecutoria.



Acto seguido se refiere a la improcedencia del cobro de reajustes por cuanto la actora demanda en Unidades de Fomento.

Finalmente, solicita el rechazo de la demanda, en todas sus partes, con costas;

**TERCERO:** Que, con fecha 25 de octubre de 2019, a folio 18, la demandante evacúa el trámite de la réplica, ratificando en todas sus partes la demanda deducida.

Luego, se refiere a la alegación de la demandada de incumplimiento por parte del sr. Santander del deber de sinceridad, afirmando que aquel cumplió fielmente con esta obligación, declarando de manera exacta y precisa cómo se encontraba su estado de salud al momento de incorporarse a la póliza de autos, quien no se encontraba enfermo y mucho menos se le había diagnosticado una aneurisma de aorta ascendente, patología que fue la que le provocó el shock hipovolémico que le causó la muerte el 20 de octubre de 2019.

Agrega que el hecho que el sr. Santander llevase una prótesis no es sinónimo de una enfermedad coronaria ni una enfermedad cardíaca que el asegurado haya deliberadamente omitido incurriendo en una supuesta reticencia, tal como pretende ilustrar la demandada e indicando que es totalmente erróneo que el sr. Santander fuese especialmente consultado por su estado de salud al momento de efectuar los trámites para incorporarse a la póliza. El asegurado solo firmó una declaración personal de salud, en la que en términos muy genéricos redactados y presentados por la propia aseguradora demandada, consentía en que no padecía ninguna de las enfermedades ahí expresadas, sin que en esta declaración se consulte, mencione y/o explique si el asegurado se había sometido previamente a una cirugía, operación o procedimiento médico previo, situación que efectivamente ocurrió cuando al sr. Santander le insertó una prótesis biológica aórtica en su oportunidad.

Hace presente que es efectivo que el asegurado debe declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, siendo por tanto una facultad del asegurador la de confeccionar el respectivo cuestionario. Luego, si el asegurador no ejerce este derecho o formula un cuestionario insuficiente, la compañía queda impedida de alegar errores, reticencias o inexactitudes del contratante o del asegurado, refiriéndose a los artículos 590, 591 y 525 del Código de Comercio.

En el presente caso, el asegurador sí elaboró un documento y se lo presentó al asegurado a fin de constatar los riesgos que asumía cubrir en virtud de este contrato, pero no lo hizo de forma diligente y oportuna según se desprende de las normas referidas, ello por cuanto el asegurador no confeccionó un cuestionario en el cual se le preguntara clara, específica y detalladamente al sr. Santander todas las circunstancias a tener presente para apreciar el riesgo.



Indica que tratándose esta póliza de un seguro de personas en que el aseguramiento es la vida y salud, correspondía que la demandada, actuando de forma diligente y cautelosa, le requiriese al asegurado la práctica de algún examen médico con anterioridad a la suscripción de la póliza, lo que tampoco hizo.

De este modo, concluye, que teniendo presente todas estas consideraciones, la demandada no puede venir ahora a alegar una supuesta reticencia del sr. Santander.

En cuanto a que la demanda no podría acogerse porque se planteó en Unidades de Fomento en circunstancias que la obligación contractual fue pactada en pesos, refiere sorprenderle esta alegación, puesto que en el petitorio del libelo se solicita que la aseguradora pague esta suma precisamente de acuerdo a ese monto asegurado y conforme a lo ajustado por un liquidador directo de la misma compañía de seguros en su informe de liquidación, remitiéndose al artículo 61 del DFL N° 251 y 312 del Código de Comercio, para luego agregar que “a fin de evitar cualquier tipo de confusión al respecto, modificamos la demanda en el sentido de que se entienda en las peticiones concretas de la misma, que se solicita que la aseguradora sea condenada en la presente acción a pagar ya sea la suma expresada en la demanda (UF 993,2863) o el monto de \$26.633.681, equivalente al monto del crédito otorgado por el Banco Santander a don José Luis Santander González”.

Finalmente se refiere a los intereses solicitados;

**CUARTO:** Que, con fecha 11 de noviembre de 2019, a folio 20, la demandada evacúa el trámite de la dúplica, ratificando en todas sus partes la contestación de la demanda.

Afirma que la demandante no cuestionó que el asegurador denegó la cobertura de la póliza en razón de la reticencia incurrida por el asegurado respecto de un hecho determinante para evaluar correctamente el riesgo; la demandante tampoco cuestionó que con fecha 21 de octubre de 2018, el asegurado falleció como consecuencia de complicaciones al efectuarse un recambio o reemplazo de la válvula aórtica; y que el contrato de seguro que da cuenta la póliza 541, es un contrato privado, de adscripción voluntaria y regido por el derecho mercantil.

Del mismo modo, la demandante confirma que no es aplicable la indisputabilidad en este caso; que en los siniestros Ns° 154790 y 154796 se otorgó cobertura por verificarse otras circunstancias.

Luego se refiere nuevamente al deber de sinceridad del asegurado, indicando que aquel no se limitó a firmar un formulario, sino que lo leyó, lo comprendió y debía completarlo en aquellas partes relevantes de la declaración de salud.

Precisa que el artículo 524 N° 1 del Código de Comercio, obliga al asegurado a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos. Por su parte, el



artículo 525 del mismo Código, señala que para prestar la declaración a que se refiere el N° 1 del artículo 524, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirva para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

Indica que la declaración de salud contiene un párrafo del siguiente tenor: "... 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 que pueda constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura". "Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo enfermedades coronarias". Agregando, "En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente u otra, declaro sinceramente que he padecido...", sin que el asegurado mencionara enfermedad alguna.

Agrega que "Todas estas declaraciones las suscribió y firmó el asegurado al contratar el seguro con pleno conocimiento de su texto y en señal de consentimiento y aceptación, reconociendo, además, que la infracción a este deber permitía al asegurador retraerse del pago del seguro en caso de siniestro. Que el formulario estuviese pre impreso no significa que el asegurado no haya consentido en sus términos, de lo contrario no lo habría firmado".

Así, el asegurado omitió informar que había padecido una enfermedad coronaria que obligó que le pusieran una prótesis en la arteria aórtica, cuyo control y recambio era del todo conocido.

Por otra parte no es obligación legal que el asegurador requiera exámenes al asegurado, sino una facultad.

Precisa que de las respuestas del asegurado no aparecía necesario requerir tales exámenes, pues se estaba frente a una persona sana, sin prótesis al aparato cardíaco de ninguna especie. Si el asegurador hubiese conocido de tal prótesis, lo más probable es que hubiere requerido tales exámenes. Tan relevante era dicha información, que la operación que da paso a la muerte del asegurado tenía por propósito el recambio de la válvula aórtica.

Agrega que la mera petición de exámenes, como lo sugiere la demandante, solamente incrementa el costo de contratación del seguro y demoran injustificadamente la emisión de la póliza, en claro perjuicio del asegurado.

Reitera que de haber declarado sinceramente su salud el asegurado, no hubiese sido necesaria la realización de exámenes o estos hubiesen sido muy concretos y específicos a la condición declarada.

"En definitiva, el asegurado al contratar la póliza materia de autos, no informó que tenía una prótesis vascular aórtica que requería ser cambiada cada cierto tiempo,



cirugía compleja y altamente riesgosa, omisión que desequilibró las obligaciones recíprocas de las partes, haciendo más gravosa la del asegurador...”.

En cuanto a la improcedencia de demandar en UF, indica que la demandante no puede modificar en ese sentido la demanda, pues infringe lo dispuesto por el artículo 312 del Código de Procedimiento Civil, para luego referirse a los intereses requeridos;

**QUINTO:** Que, con fecha 02 de diciembre de 2019, a folio 26, se efectuó el llamado a conciliación, con la sola asistencia de la demandante y en rebeldía de la demandada;

**B- Causa Rol 20862-2019:**

**SEXTO:** Que, como se indicó, a los presentes autos se acumuló la causa Rol 20862-2019, en donde se presentó demanda de cumplimiento de contrato de seguro, con fecha 27 de junio de 2019, a folio 1, por doña **Olga de las Mercedes San Martín Cea**, en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, sociedad del giro de su denominación, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, todos debidamente individualizados, por las consideraciones de hecho y derecho que expone en su presentación.

Hace presente que con fecha 18 de enero de 2018, don José Luis Santander González, ex cónyuge de la demandante, se incorporó en calidad de asegurado titular, a un seguro colectivo denominado “Póliza Colectiva de Seguro de Desgravamen e Invalidez Permanente 2/3 para Crédito de Consumo Tradicional” N° 487, el cual fue suscrito entre el Banco Santander, en su calidad de beneficiario y Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., cuya vigencia corría para el asegurado desde la fecha de su incorporación, esto es, desde el 18 de enero de 2018 hasta el 39 de noviembre de 2018.

Indica que el seguro cuenta con una vigencia anual y de renovación automática desde que el asegurado toma el respectivo crédito de consumo con la entidad bancaria que tiene la calidad de beneficiaria de la póliza, en este caso, Banco Santander, extendiéndose la misma hasta que dicho crédito haya sido completamente pagado o se haya cumplido el plazo original pactado del crédito.

En cuanto a la cobertura y según lo indicado en las condiciones particulares de la póliza, y en atención al siniestro, ésta se rige por lo contemplado en las condiciones generales del Seguro Colectivo de Desgravamen (POL 2 2013 0095), articulado que está registrado en el depósito de pólizas que lleva la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y que forma parte integrante de la póliza en comento.

Según la cobertura, la aseguradora se obliga a cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que el asegurado mantenga con el Banco Santander a la fecha de fallecimiento del asegurado, suponiendo un servicio regular de la deuda, siempre que



se haya comprobado que este fallecimiento: a) haya ocurrido durante la vigencia de la póliza; b) que no se haya producido por alguna de las exclusiones que se especifican en el respectivo recuadro del condicionado particular, entre ellas, las situaciones de enfermedades preexistentes, las cuales define el artículo 5 de las Condiciones Generales, que cita.

Indica que simultáneamente a la póliza de seguro colectivo a la que se incorporó como asegurado el sr. Santander, contrató un crédito de consumo con el Banco Santander, siendo Zurich Santander la aseguradora.

Agrega que el crédito de consumo solicitado y contratado ascendió a la suma de \$45.176.862, pagadera en 48 cuotas.

Luego se refiere al siniestro sufrido por el sr. Santander, indicando que con fecha 20 de octubre de 2018 fue sometido a una cirugía cardíaca de su aorta ascendente en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, falleciendo al día siguiente. Los detalles de la intervención y posterior evolución del paciente ya fueron descritas en el considerando primero, el que se da por reproducido en lo pertinente.

Explica que teniendo presente el fallecimiento de su cónyuge, la sra. San Martín procedió a efectuar la denuncia del siniestro a la aseguradora, con fecha 12 de noviembre de 2018, quien le asignó el número 154797 (distinto al anterior), procediendo a liquidar directamente el siniestro, según consta de carta fechada 13 de noviembre del mismo año.

Al igual que en la otra demanda, refiere que la demandante entregó diversos antecedentes médicos del sr. Santander requeridos por la aseguradora.

Posteriormente, por medio de carta de 20 de diciembre de 2018, don Freddy Contreras Espinoza, Jefe de Liquidación de Zurich Santander, Seguros de Vida Chile S.A., procedió a enviarle al beneficiario, Banco Santander, informe de liquidación que concluía rechazar el siniestro y no otorgarle cobertura a la póliza colectiva.

Indica que según el contenido del informe de liquidación, el rechazo de la cobertura del siniestro se habría debido a que el sr. Santander no habría dado cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 3, 4 y 6 del Condicionado General de la Póliza Código POL 2 2023 0095, porque no habría informado a la Compañía que presentaba una prótesis aórtica y raíz aórtica dilatada, información que no habría sido señalada al momento de la contratación del seguro, alterando con ello el riesgo asumido por la aseguradora. Para resolver, la compañía se basó en ecocardiograma bidimensional doppler color de 17 de agosto de 2017, el cual contemplaría dicho diagnóstico.

Agrega que mediante carta de fecha 14 de enero de 2019, enviada de conformidad a lo establecido en el artículo 26 del Decreto Supremo N° 1055 de 2012, doña Olga San Martín Cea, en su calidad de cónyuge y heredera legal del





asegurado, procedió a impugnar el informe de liquidación, en los siguientes términos: a) diagnóstico médico que exigió la realización de la operación fue consecuencia de un control posterior, de 28 de agosto de 2018; b) que este diagnóstico no era conocido por el sr. Santander ni por sus cercanos al momento de la suscripción de la póliza, remitiéndose a 2 informes extendidos por el médico sr. Guillermo Sanz, cirujano cardíaco a cargo de la cirugía, en que aclara que la dilatación de la raíz aórtica relacionada con la prótesis cardíaca no tuvo ningún tipo de relación de causalidad con el fallecimiento del sr. Santander; c) que la prótesis valvular biológica en posición aórtica se encontraba en buen estado y no tenía ninguna indicación quirúrgica; d) que llama la atención que los siniestros Ns° 154790 y 154796 asociados a las pólizas 487 / 650029969668 y 557 / 540001142890 sí fueron cubiertos por la Compañía siendo que ambas coberturas dicen relación con los mismos hechos; e) no resulta posible entender cuál es la diferencia en los hechos y en la cobertura entre los dos siniestros a los que se les concedió cobertura y el presente siniestro; f) el fallecimiento del sr. Santander no tuvo como causa una enfermedad que aún no le había sido diagnosticada, en este caso, el de aneurisma de aorta ascendente, sino un trastorno de coagulación severo que lo llevó a un shock hipovolémico.

Indica que por medio de carta de 23 de enero de 2019, la aseguradora rechazó la impugnación presentada por la cónyuge sobreviviente del asegurado, refiriendo que el ecocardiograma de 17 de agosto de 2017 bastaría como documento suficiente para rechazar el siniestro al expresarse en éste “raíz aórtica dilatada / prótesis biológica aórtica”.

Al igual que en la demanda referida en el primer considerando, hace alusión a la normativa aplicable, para luego desarrollar la legitimación activa de la demandante y la competencia y facultades de este Tribunal.

Como peticiones concretas requiere que se cubra y pague íntegramente el saldo insoluto de la deuda vigente que el asegurado mantiene con Banco Santander, desde la fecha de su fallecimiento (21 de octubre de 2018) e indemnizar a la sra. Olga San Martín Cea, mediante el reembolso de todas las cuotas que ella haya pagado por concepto del crédito de consumo que el sr. Santander contrató con el Banco, monto que deberá considerar el período comprendido entre la fecha del fallecimiento de este último y aquella en la cual la sentencia que se dicte, quede firme y ejecutoriada, con costas.

Previas citas legales, solicita tener por interpuesta demanda de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios en contra de **Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A.**, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, ya individualizados, admitirla a tramitación y en definitiva condenarla a pagar el saldo insoluto de la deuda vigente que este último aún mantenía con el Banco Santander



más la indemnización de perjuicios consistente en el reembolso de todas las cuotas que la sra. San Martín haya pagado por concepto del referido crédito de consumo, monto que deberá considerar el período comprendido entre la fecha en que éste falleció y aquella en que la sentencia que se dicte en la presente causa quede firme y ejecutoriada, todo ello más reajustes e intereses, desde la fecha en que la obligación se hizo exigible, es decir, desde la fecha de fallecimiento del sr. Santander y hasta la fecha de entero pago de lo adeudado, con costas;

**SÉPTIMO:** Que, con fecha 10 de septiembre de 2019, folio 14, la demandada procede a contestar la demanda deducida en causa Rol N° 20862-2019, solicitando su rechazo con expresa y ejemplar condena en costas.

Al igual que en la causa anterior, indica que con fecha 15 de enero de 2018, el sr. José Luis Santander González, solicitó su incorporación como asegurado a la póliza colectiva de seguro de desgravamen e invalidez permanente 2/3 para crédito de consumo tradicional, con el objeto de asegurar su vida por un capital asegurado al saldo insoluto del crédito N° 650030382409, tomado por la suma total de \$45.176.862.

Refiere que la cobertura de la póliza se otorgó a partir de la fecha del otorgamiento del crédito al que se asociaba, esto es, a partir del 18 de enero de 2018 y tenía por objeto los riesgos de fallecimiento e invalidez permanente y total de 2/3 del asegurado que ocurrieran dentro de la vigencia de la póliza.

Agrega que el sr. Santander fue especialmente consultado acerca de su estado de salud y si había sido diagnosticado o estaba en conocimiento de padecer a la fecha de la solicitud, alguna enfermedad coronaria, enfermedad cardíaca o cualquier otra, a lo que respondió que no tenía enfermedades que declarar.

Bajo estas condiciones se incorporó a la cobertura de la póliza colectiva 487 sobre desgravamen colectivo para crédito de consumo tradicional.

Luego, con fecha 12 de noviembre de 2019, se denunció el siniestro de fallecimiento del asegurado don José Luis Santander González, a la Compañía aseguradora respecto de la operación 650030382409.

Al igual que en la contestación indicada precedentemente, se refiere a las circunstancias del fallecimiento e indica que el asegurado faltó al deber de sinceridad contemplado en la póliza.

Tratándose de las mismas argumentaciones, éstas serán expuestas en forma resumida en atención al principio de economía procesal y a efectos de evitar incurrir en repeticiones innecesarias.

Se reitera en esta presentación que el asegurado faltó al deber de sinceridad, pues según se infiere de ecocardiograma de agosto de 2017, aquel presentaba raíz aórtica dilatada y tenía una prótesis biológica en posición aórtica, situación que



requiere seguimiento médico riguroso y recambio de prótesis, operación siempre riesgosa y que altera la condición de riesgo, refiriéndose al equilibrio de las prestaciones.

Así, corresponde al asegurado informar adecuadamente el riesgo y al asegurador fijar la prima conforme a la evaluación que hace de esa información, equilibrando las obligaciones de las partes. En el caso de autos, mientras el asegurador creía amparar a una persona sana el asegurado sabía y era consciente que padecía de una enfermedad coronaria que había requerido operación previa a la contratación del seguro y que significó el implante de una prótesis médicamente sensible y sujeta a controles y reemplazos durante la vida del asegurado. Luego, la causal del rechazo, obedece a la falta al deber de sinceridad y no a una preexistencia.

Acto seguido se refiere a la inaplicabilidad de la indisputabilidad de la póliza, toda vez que no han transcurrido 2 años desde la contratación del seguro, remitiéndose al artículo 592 del Código de Comercio, constituyendo una diferencia sustancial con aquellos seguros en que se otorgó cobertura, precisamente por haber transcurrido dicho plazo.

Detalla que en informe de liquidación se dejó constancia de esta alteración del riesgo asumido por la compañía, citando lo dispuesto por el N° 1 del artículo 524 del Código de Comercio en relación al artículo 525 del mismo.

Luego se refiere al proceso de liquidación del siniestro, legitimación y legalidad de la liquidación directa efectuado por el asegurado, lo que fue abordado en el motivo segundo precedente y se da por reproducido, afirmando que el proceso de liquidación, sea directo o externo, tiene una regulación y reglas expresas y concretas a las que debe someterse, no siendo efectivo, como lo afirma la demandante, que no exista control ni regulación alguno.

En cuanto a la indemnización de perjuicios refiere que resulta improcedente. La demandante deberá probar, en primer lugar, el incumplimiento del deudor; en segundo lugar, debe constituirlo en mora, cosa que solo ocurre al dictarse la sentencia que establezca que el asegurador demandado incumplió el contrato y se determine que el demandante tiene derecho al cumplimiento forzado del mismo.

Los perjuicios demandados consisten en el reembolso de todas las cuotas que el demandante haya pagado por concepto de crédito de consumo contratado con el Banco Santander posteriores a la muerte del asegurado hasta que la sentencia condenatoria que se dicte quede firme y ejecutoriada, debiendo acreditar el demandante los perjuicios sufridos por la mora y por qué razón éstos se resarcen con el pago de las cuotas pagadas por el crédito asociado al seguro de autos y no por medio del pago de intereses, que también se demandan, lo que importa un doble cobro por el mismo concepto, reiterando que no existe incumplimiento de su parte.



También se refiere a la improcedencia de demandar intereses en los términos solicitados por cuanto los mismos se deberán solo desde que exista sentencia ejecutoriada o que cause ejecutoria que condene a su parte;

**OCTAVO:** Que, con fecha 16 de octubre de 2019, a folio 19, la demandante evacúa el trámite de la réplica, indicando al igual que en escrito de réplica de causa Rol 20863-2019, que el sr. Santander no incumplió el deber de sinceridad, “declarando de manera exacta y precisa cómo se encontraba su estado de salud al momento de incorporarse a la póliza”, quien no se encontraba enfermo ni mucho menos se la había diagnosticado un aneurisma de aorta ascendente, patología que fue la que le provocó el shock hipovolémico que le causó la muerte, meses después del inicio de la cobertura. Reitera que el hecho de portar una prótesis no es sinónimo de una enfermedad coronaria ni una enfermedad cardíaca que el asegurado haya deliberadamente omitido, pues solo firmó una declaración personal de salud en que consentía en que no padecía ninguna de las enfermedades ahí expresadas, sin que en esta declaración se consulte, mencione y/o explique si el asegurado se había sometido previamente a una cirugía, operación o procedimiento médico previo, señalando nuevamente que si el asegurador no ejerce el derecho de confeccionar el respectivo cuestionario o este es insuficiente, la compañía queda impedida de alegar errores, reticencias o inexactitudes del contratante o del asegurado.

Afirma que el asegurador no confeccionó un cuestionario en el cual se le preguntaran en forma clara, específica y detalladamente al sr. Santander, todas las circunstancias debidas tener presente para apreciar el riesgo que finalmente asumió, sino que solamente lo hizo por medio de una declaración personal de salud, la que, en una forma totalmente vaga y amplísima, el asegurado debía firmar, correspondiendo a la demandada actuar de forma diligente y cautelosa y requerir al asegurado la práctica de algún examen médico.

Luego se refiere a la indemnización de perjuicios demandada, explicando que su parte ejerce el derecho contemplado en el artículo 1489 del Código Civil y también a los intereses;

**NOVENO:** Que, con fecha 30 de octubre de 2019, folio 22, la demandada procede a evacuar el trámite de la réplica, explicando al igual que en la réplica anterior, que la actora no ha controvertido que la no cobertura obedece a la reticencia incurrida por el asegurado y no a una preexistencia; que en los hechos, la muerte del asegurado se produjo con ocasión de una cirugía de recambio valvular aórtico y de aorta descendente efectuada el 20 de octubre de 2018, debido a complicaciones de coagulación sanguínea y a la presencia de una dilatación de la arteria aorta adyacente, que derivaron en un shock hipovolémico; añadiendo que el contrato de seguro es un contrato privado, de adscripción voluntaria y regido por el

