

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : Juzgado de Letras y Gar.de Carahue
CAUSA ROL : C-16-2024
CARATULADO : DUPRE/METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA
S.A.

Carahue, trece de enero de dos mil veinticinco
VISTOS.

Que a **folio 1** comparece doña MARIANA ELIZABETH DUPRÉ SÁEZ, cédula nacional de identidad N° 16.315.030-1, profesora quien deduce demanda de cumplimiento forzado de contrato con indemnización de perjuicios en contra de METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., sociedad comercial del giro de su denominación, R.U.T. N° 99.289.000-2, representada legalmente por su Gerente General don Gregorio Arturo Ruiz-Eskide Sandoval, o quien lo represente en su ausencia de conformidad a lo establecido en el artículo 89 del reglamento de la ley 18.046, todos domiciliados en Avenida APOQUINDO 2730, Torre 1, Piso.18, comuna de Las Condes, Santiago y en Avenida Pedro de Valdivia 100, comuna de Providencia, Santiago. Refiere que, como cuestión preliminar, ruega se tenga presente que los hechos que motivan la acción tienen como causa directa una manifiesta e indubitada infracción por parte de la recurrida de normas legales de carácter imperativo, manifestadas en acciones y omisiones que afectan sus derechos en cuanto asegurada y de protección al consumidor.

Que con fecha 19 de mayo de 2023, contrató vía telefónica un seguro oncológico con MetLife, a través de la corredora de seguros de Banco Estado, quien la contactó directamente a fin de ofrecerle la referida cobertura. El seguro en cuestión correspondía a un seguro colectivo, póliza n° 340022898, denominado “Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica”, cuyas condiciones generales se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos POL 3 2013 0103. Si bien el seguro fue contratado y emitido con fecha 19 de mayo de 2023, vía telefónica, la póliza del mismo le fue enviada a su correo electrónico con fecha 23 de mayo de 2023. En cuanto a la cobertura oncológica, en la póliza se indica que: *La Compañía Aseguradora pagará de una sola vez al asegurado, ya sea Titular o Adicional, la suma de UF 500 (Quinientas Unidades de Fomento) en el evento que, durante la vigencia del seguro, al Asegurado se le diagnosticara clínicamente, y por primera vez, un cáncer o tipo de Cáncer.*” Para efectos de la declaración personal de salud, la ejecutiva que vendió el seguro sólo hizo unas muy breves preguntas, entre ellas si padecía o había padecido o sido diagnosticada de cáncer, a lo cual contestó que no, ya que jamás había sido diagnosticada de ningún tipo de cáncer. (Adjunta imagen)

Señala que previamente, con fecha 9 de mayo de 2023, había realizado una serie de exámenes de sangre de tipo preventivo en marco de control habitual debido a que padece de Diabetes Mellitus tipo II. Entre dichos exámenes se



Foja: 1

incluyó una ecotomografía tiroidea, por ser un órgano que se afecta de forma importante en las personas que padecen diabetes. Luego, con fecha 15 de mayo de 2023 tomo una hora de consulta para que la profesional médico que controla su diabetes revisara el resultado de los exámenes. Como la ecotomografía mostraba dos nódulos, la derivó a un profesional especialista en tiroide, don Sergio Merino Osore, a donde concurrió con fecha 16 de mayo de 2023. Que, con fecha 22 de mayo de 2023, y a requerimiento del especialista, se realizó una Biopsia de los nódulos que habían aparecido en la ecotomografía, mediante punción de la glándula tiroides. Como podrá observarse directamente, del documento "Información relevante para pacientes en servicio de imagenología y biopsia.", de fecha 22 de mayo de 2023, se aprecia que el Diagnóstico Presuntivo o Hipótesis Diagnóstica era "nódulo tiroideo Derecho", y no cáncer. El informe de la Biopsia estuvo disponible con fecha 25 de mayo de 2023, arrojando como resultado SOSPECHA DE CARCINOMA PAPILAR. (*examen citológico atípico. categoría v de la clasificación de bethesda. sospechoso de carcinoma papilar.*) Que, con el resultado de la Biopsia, concurrió donde el especialista, quien la derivó con la cirujana Pilar Schneeberguer, especialista de cabeza y cuello, quien le diagnóstica, por primera vez, con cáncer de glándula tiroide, el día 2 de junio de 2023. Que, luego del diagnóstico se trazó un plan, que incluía cirugía de extirpación de tiroide o "tiroidectomía", la que se realizó el día 2 de agosto de 2023. Se evalúa actualmente la necesidad de tratamiento con radioyodo. Agrega que paralelamente a todo lo anterior, el día 6 de junio de 2023, realizó el denuncia del siniestro, a fin de activar el seguro. Al siniestro se le otorgó el número BECS-215343. En este punto es preciso mencionar que la liquidación fue realizada directamente por la demandada, lo cual infringe el procedimiento establecido en el DS 1055-2012, que establece en su artículo 20 que *"la compañía de seguros deberá informar al asegurado el derecho que le asiste para solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado en lugar de la liquidación directa por parte de la aseguradora"*. Dicha información jamás se entregó y por tanto el referido proceso e informe de liquidación ya vulnera, de inicio, una garantía esencial de imparcialidad. Sin perjuicio de lo anterior, y luego de más de 60 días desde denunciado el siniestro, con total descaro en términos de arbitrariedad e incumplimiento de la normativa que la rige, con fecha 29 de agosto de 2023 se le comunicó a través del Call Center de Banco Estado Corredora de Seguros, que el siniestro había sido rechazado en razón de que existía un "diagnóstico" previo debido a que a la fecha de contratación del seguro "estaba en estudio" el cáncer cuyo diagnóstico es de fecha 2 de junio de 2023. Ahora bien, el sólo hecho que se haya realizado la liquidación en la forma en que se hizo, vulnerando el derecho a información de que podía solicitar una liquidación externa e infringiendo plazos reglamentarios considerando que el plazo para gestionar la liquidación es de 45 días corridos, si bien prorrogables siguiendo un procedimiento también contemplado en el mismo D.S 1055-2012, pero que jamás se hizo, ya es por sí grave y una muestra de la prepotencia de la aseguradora, que cree estar por encima de la ley. Sin perjuicio de lo anterior, además el pseudo informe no cumple con los requisitos que debe tener, según lo establece el artículo 28 del mismo D.S 1055-2012., que establece: *"...en caso de no corresponder pago, el informe de liquidación deberá contener una opinión clara y precisa respecto del monto rechazado, individualizando cada tipo de cobertura rechazada y su justificación; 6) Constancia de las gestiones realizadas y transcripción de los*



Foja: 1

informes técnicos requeridos o considerados en la liquidación;” Salta a simple vista que el informe no cumple con tales requisitos, lo que transformaría el actuar de la demandada en arbitrario por este solo hecho. Como puede verse de la imagen que acompaña, el informe indica de forma absolutamente escueta e insuficiente el motivo para justificar su rechazo. (Adjunta imagen)

Que, sin perjuicio de lo expuesto, impugnó la decisión de la recurrida, habiendo recibido como respuesta con fecha 27 de septiembre de 2023 que se mantenía la decisión. La arbitrariedad e ilicitud de la decisión de la compañía de Seguros es a todas luces evidente, ya que resulta ser una mera cuestión de hecho que, al 19 de mayo de 2023, fecha en que se contrató el seguro vía telefónica, no existía en absoluto siquiera un pre- diagnóstico de cáncer a la tiroides. La supuesta preexistencia “en estudio” no era más que un hallazgo realizado en marco de un examen rutinario y ordinario, en consulta médica, que no constituye una patología en sí misma y que menos constituía un diagnóstico médico, motivo por el que nada tenía que informar, sin perjuicio de que tampoco se me haya preguntado por la aseguradora al ofrecerle el seguro vía telefónica. Al 19 de mayo de 2023 ni siquiera se había tomado aún la muestra para la biopsia, cuyos resultados estuvieron disponibles recién el 25 de mayo de 2023 y que revisó una cirujana oncológica el día 2 de junio de 2023. Es la propia póliza en su condicionado particular la que establece lo siguiente: “Cobertura Oncológica. Para solicitar la cobertura Oncológica, el Asegurado o algún familiar directo de él, según corresponda, deberá presentar, al menos, los siguientes documentos: - Exámenes Médicos comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad (Informe de Biopsia).” “Comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad (Informe de Biopsia).” Es decir, es la propia aseguradora la que establece que el diagnóstico se funda en el Informe de Biopsia, que en este caso tiene fecha 25 de mayo de 2023. En todo caso y según veremos, la demandada vulneraría intencionalmente los derechos de la demandante en cuanto asegurada, al establecer un concepto de preexistencia que es mucho más gravoso que aquel establecido expresamente en la ley, precisamente en el artículo 591 del Código de Comercio, cuestión expresamente prohibida atendido el carácter imperativo de las normas que rigen los seguros, conforme al artículo 542 del mismo cuerpo legal. Así las cosas, en virtud de lo expuesto, normas citadas, en particular artículos 1545, 1546 y demás pertinentes del Código Civil; artículos 512, 524, 525, 531, 542, 543 y 591 del Código de Comercio; artículos 254 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; D.S 1055-2012, y demás normas pertinentes, solicita tener por presentada demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro justificado bajo póliza particular n° 340022898, más indemnización de perjuicios, en contra de METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A, Rut n° 99.289.000-2, acogerla en todas sus partes y en definitiva condenar a la demandada a: 1.- Pagar la suma de UF 500 (Quinientas Unidades de Fomento), en virtud de lo pactado en póliza colectiva n° 340022898, plan de seguro denominado “ Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica”, atendido el diagnóstico de cáncer tiroideo de fecha 2 de junio de 2023; en su equivalente en pesos, moneda nacional, a la fecha de su pago efectivo, teniendo como referencia que a la fecha de presentación de éste recurso la suma asegurada equivale a \$18.393.265. 2. - Intereses a tasa máxima convencional calculados desde la fecha de entrada en mora de la demandada - 27 de julio de 2023 - y hasta la fecha del pago efectivo de la suma asegurada (500 UF), con costas.



Foja: 1

Que a **folio 7** comparece don MARCELO NASSER OLEA, abogado, cédula de identidad 9.761.456-3, en representación de la demandada METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., quien contesta la demanda deducida en los términos que se señalan a continuación. Que luego de realizar consideraciones preliminares consistentes en un breve resumen de los hechos alegados por la contraria, para luego refutarlos uno a uno, la demandante niega y rechaza que haya tenido responsabilidad en cualquier incumplimiento de contrato de seguro. Es más, refuta todos los hechos en la forma que han sido traídos al proceso por la demandante, uno a uno, en todo lo que no sean consistentes con lo que se señala en su contestación. Sobre todo, considera que su mandante está muy lejos de haber actuado de forma ilegal o arbitraria, como ha acusado el actor. En efecto, el informe de liquidación se ha ajustado a los principios consagrados en el Decreto Supremo N° 1.055 sobre Auxiliares del Comercio de Seguros y al DFL N° 251 y es precisamente dicha liquidación la que ha recomendado rechazar. Por lo anterior, todos aquellos hechos que en adelante controvierte deberán ser recibidos a prueba y tendrá el actor la carga de probarlos conforme a lo dispuesto en el artículo 1698 del Código Civil. Al contrario de lo señalado por el actor, su mandante habría cumplido con todo lo que debía contractual, legal y reglamentariamente hacer, lo que descarta cualquier tipo de incumplimiento o mora en la ejecución de los términos de la póliza objeto de la presente causa. En efecto, el siniestro carece de cobertura por una omisión de la propia actora al momento de contestar el cuestionario para determinar los riesgos. En efecto, tal como lo ha señalado la actora con mérito confesional en conformidad a lo dispuesto en el artículo 1713 del Código Civil, las condiciones particulares del seguro señalan: *“La Compañía Aseguradora pagará de una sola vez al asegurado, ya sea Titular o Adicional, la suma de UF 500 (quinientas Unidades de Fomento) en el evento que, durante la vigencia del seguro, al Asegurado se le diagnosticara clínicamente, y por primera vez, un cáncer o tipo de Cáncer.”* Así también, las condiciones generales de la Póliza señalan en su artículo 6: *“Respecto de las obligaciones del Asegurado, rige lo dispuesto en el Artículo 524 del Código de Comercio.”* Luego, el artículo 8 de las Condiciones Generales de la Póliza señalan lo siguiente: *“Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la extensión de los riesgos, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines, constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Para todos estos efectos, regirá lo dispuesto en el artículo 525 y 539 del Código de Comercio.”* Que, de una lectura liviana de dichos preceptos se desprende que son condiciones para la indemnización del siniestro: • Que ocurra durante la vigencia de la póliza. • Que no esté relacionado con una condición de Salud no informada por el asegurado al momento de suscribir la póliza o durante la etapa de suscripción. Lo cierto es que tal como señaló la actora este seguro fue contratado a través de una llamada telefónica. En ese orden de ideas como requisito previo para incorporarse a la póliza que pretende ejecutar, se le hicieron a la actora una serie de preguntas relativas a su estado de salud con el objeto de determinar el riesgo. En dicha llamada telefónica, la actora manifestó ser una persona completamente sana y que no le aquejaba enfermedad alguna e incluso estuvo especialmente interesada en saber cómo podía hacer efectivo el seguro *“si es que*



Foja: 1

la diagnosticaban de cáncer en el próximo mes”, lo que demostrará en la oportunidad procesal correspondiente y lo que les concederá no es una mera coincidencia. Que, es así como luego de que la actora denunciara el siniestro, su mandante procedió a liquidarlo en conformidad a lo dispuesto en el decreto supremo número 1.055, recabando todos los antecedentes médicos necesarios para liquidar el siniestro. En efecto, la propia actora señala con mérito confesional conforme lo dispone el artículo 1713 del Código Civil que con fecha 9 de mayo de 2023 se realizó una ecotomografía tiroidea. Es también un hecho confeso que con fecha 15 de mayo de 2023, tomó una consulta con un profesional médico que controla su diabetes para que revisara el resultado de sus exámenes y que le manifestó que la ecotomografía mostraba dos nódulos. Por lo que la derivó con un profesional en tiroides al cual concurrió el día 16 de mayo de 2023. Todo lo anterior, antes de suscribir la póliza. La actora escuda su comportamiento señalando que recién tuvo una confirmación de cáncer de glándula tiroidea el día 2 de junio de 2023, lo que es derechamente un abuso al principio de buena fe contractual. En efecto, a partir de su propio relato queda en evidencia de que a partir de los exámenes que se realizó había una sospecha cierta de que padecía dicha enfermedad, hecho que debió haber informado a su mandante conforme lo exige el artículo 524 del Código del Comercio en concordancia con lo dispuesto en el artículo 525 del Código del Comercio. Insisten en que, no sería coincidencia que la actora haya suscrito un seguro luego de concurrir ante dos profesionales que tuvieron acceso a su ecotomografía y que constataron que había dos nódulos, tampoco es coincidencia que haya preguntado especialmente como hacer efectivo el seguro si la diagnosticaban de cáncer en el próximo mes. Que, a mayor abundamiento, los nódulos son el síntoma más común que permite a los doctores identificar la presencia de un cáncer a la tiroides: “Muchos casos de cáncer de tiroides se pueden detectar tempranamente. De hecho, la mayoría de los cánceres de tiroides se detecta actualmente mucho más temprano que en el pasado y se trata con éxito. La mayoría de los cánceres de tiroides en etapa inicial se detecta cuando los pacientes acuden a sus médicos porque han notado nódulos o protuberancias en sus cuellos. Si usted presenta síntomas, tales como una masa en el cuello o hinchazón en su cuello, debe consultar con su médico de inmediato.” En efecto, el siniestro denunciado por la actora tiene estricta relación con dichos nódulos luego de recibir la confirmación de la existencia de cáncer. Al respecto, el artículo 525 del Código de Comercio señala: “Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. Si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1° del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el



Foja: 1

asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo. Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.” En conclusión, habría quedado suficientemente acreditado que el actuar de su mandante se sustenta a partir de una simple aplicación de las condiciones generales y particulares de la póliza, así como de la ley 20.667 que regula el contrato de seguro. Que así, a estas alturas resulta obvio que si la actora hubiera cumplido como correspondía con su deber de declarar de forma sincera, su mandante no hubiera suscrito la póliza, o al menos, hubiera excluido la patología oncológica dentro de las enfermedades con cobertura o bien hubiese cobrado otra prima sustancialmente más cara. Añade la importancia de recordar que un elemento de la esencia del contrato de seguro es la transmisión del riesgo por parte del asegurado al asegurador a cambio de una prima. Pues bien, en este caso no hubo una transmisión de riesgo aleatoria y condicional, sino que la actora ya estaba en conocimiento de la posibilidad cierta de que el siniestro ocurriría, lo que frustra toda aleatoriedad y condicionalidad y frustra la causa misma y el objeto del seguro. Consecuencialmente, la demanda debería ser rechazada en todas sus partes, ya que la parte actora no tiene derecho a indemnización alguna, debiendo descartarse un incumplimiento de su mandante, sino que más bien el incumplimiento recaería sobre el propio asegurado, quien ha impedido que su mandante pudiera delimitar el riesgo de forma correcta.

Añade de igual manera el siguiente enunciado: LA OBLIGACIÓN DE OTORGAR INFORMACIÓN VERAZ AL ASEGURADOR HA SIDO INCUMPLIDA. EFECTOS. Que, sin perjuicio de que las partes muy excepcionalmente pueden modificar aquellas normas que no son de orden imperativo (de acuerdo con el artículo 542 del Código de Comercio), el contrato de seguro es un contrato típico que se encuentra regulado por la ley. Que así, como forma de apreciar el riesgo que se va a asumir o a transmitir al asegurador, y para que éste pueda tarificar correctamente la prima (que es la esencia del seguro en cuanto negocio aleatorio), los artículos 524 (N° 1) y 525 del Código de Comercio establecen una serie de obligaciones que debe cumplir el asegurado. A esto se le ha denominado “*declaración del estado del riesgo*”. En efecto, la contratante no informó a su mandante la posibilidad cierta de tener un evento relacionado a una patología oncológica, circunstancia que era sumamente relevante para la apreciación del estado el riesgo. Esto, al punto de que, de haberlo conocido, su mandante no hubiera otorgado cobertura a cualquier gasto médico relacionado con dicha enfermedad, a menos que de común acuerdo se estipulara su cobertura expresa y sobre todo el pago de una prima especial. En ese orden de ideas, insisten en que la póliza contempla una cláusula en la cual de forma expresa se señala que su



Foja: 1

mandante no otorgará cobertura y no deberá soportar el riesgo en caso de una defraudación por parte del asegurado a su deber de sinceridad. Así, la contratante/asegurado sabía perfectamente que sus declaraciones no se ajustaban a la realidad y estuvo de acuerdo con que su mandante no soportaría el riesgo en caso de no declarar determinadas circunstancias. Y a pesar de eso, ahora se pretende que su mandante soporte el costo de un siniestro que, insisten, no corresponde soportar pues ello vulnera el equilibrio contractual y el deber de manifestar sinceramente toda la información que debe presidir todo negocio en que se transfiere un riesgo. Por ello, resulta nuevamente sorprendente que la demandante pretenda poner a su mandante en mora de una obligación que no ha nacido, cual es la de cumplir con la indemnización de un seguro en circunstancias que, al habersele consultado con detalle respecto de sus antecedentes médicos ya sea respecto de una enfermedad diagnosticada o en proceso de diagnóstico, ella no haya informado nada al respecto, infringiendo sus obligaciones legales y contractuales reguladas con detalle en los artículos 524, 525 y 591 del Código de Comercio, lo que impacta directamente en el crédito que alega. El efecto de lo anterior es detallado en el artículo 525 del Código de Comercio y se traduce en la liberación de la obligación de concurrir al pago de la indemnización pues no se ha incurrido en mora. Y para el caso improbable que este Tribunal considere que existe mora de, no hay dudas del incumplimiento contractual correlativo de la demandante y por ello, se cumple con el presupuesto de la *purgatio morae* según lo dispuesto en el artículo 1552 del Código Civil que dispone: “*En los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte, o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos.*”

En apartado referido EL SINIESTRO DENUNCIADO Y QUE DA ORIGEN A ESTA DEMANDA SE ENCUENTRA FUERA DE LA LIMITACIÓN DE COBERTURA ESTABLECIDA EN LA PÓLIZA Y EN LA LEY, señala que, sin perjuicio del incumplimiento por parte de la contratante de su deber precontractual, lo cierto es que el artículo 529, N° 2, del Código de Comercio establece que la obligación de la parte aseguradora nace con la configuración del siniestro. Posteriormente, el artículo 530, del mismo Código, prescribe que el asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza con excepción de las situaciones expresamente excluidas. De lo descrito en los artículos referidos, se podría deducir que la obligación de indemnizar por parte de la aseguradora está sujeta (en todos los seguros) a una condición, consistente en que el siniestro descrito en la póliza efectivamente (i) se configure y; (ii) no esté excluido expresamente. Esto es tan cierto, que el artículo 521 del Código de Comercio establece que la obligación “condicional” de indemnizar es requisito esencial del seguro. De esta manera, solo serían indemnizables los siniestros “cubiertos” y que no se encuentren excluidos. Para verificar si un siniestro está cubierto, habrá que estar a lo pactado según el artículo 1545 del Código Civil. Tal como se señaló anteriormente, las condiciones generales de la póliza hacen alusión a la exclusión de cobertura de enfermedades preexistentes, lo que insisten fue aceptado de forma expresa por parte de la contratante del seguro. En ese orden de ideas, basta para constatar que el siniestro dice relación con una enfermedad preexistente, el propio libelo pretensor, en el cual la actora pretende legitimar la conducta de la asegurada bajo el pretexto de que no había diagnóstico certero, solo un examen. Lo anterior da cuenta con mérito confesional que la asegurada se



Foja: 1

encontraba en evaluación de una enfermedad determinada, sin perjuicio de que como ya se ha dicho nódulos eran enfermedades ya diagnosticadas y conocidas por la actora. Concluye que al estar el “*siniestro denunciado*” fuera de los hechos y circunstancias cubiertas por la póliza, es dable establecer de forma contundente que un “*siniestro cubierto*” jamás se ha configurado y, por ello, no ha nacido a favor del demandante derecho personal alguno en contra de su representada, que mal podría estar en mora de una obligación que no existe. Añaden que por ello, y por más argumentos que analizarán, la demanda debe ser rechazada pues no se configuran los presupuestos necesarios para una acción de cumplimiento forzado.

Apartado signado la LIQUIDACIÓN ES UN INFORME LLAMADO POR LEY Y REGLAMENTO A AJUSTAR SINIESTROS BAJO ESTRUCTOS CÁNONES DE EXPERIENCIA Y PRINCIPIOS EXPLÍCITAMENTE ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVA LEGAL. Señala que, en la demanda, la actora denuncia que su mandante incurrió en una infracción a sus deberes contractuales al emitir un informe de liquidación que concluyó que el siniestro no tenía cobertura, conclusión que a su juicio es incorrecta. Sin embargo, lo anterior está lejos de ser efectivo, sino que su mandante cumplió con todos y cada uno de sus deberes. En efecto, el Decreto N° 1.055 establece una extensa lista de deberes de los liquidadores de seguros, entre ellos el deber de investigación que consiste en “investigar las circunstancias del siniestro para determinar si el riesgo asegurado gozaba de la cobertura contratada en la póliza” (artículo 13 N° 1 del D.S. N° 1.055). Para el cumplimiento de esta obligación, además de los medios propios con que el liquidador contará para llevar adelante la investigación, el inciso tercero del artículo 61 D.F.L. N° 251 dispone que los liquidadores que deban informar un siniestro podrán solicitar que el Ministerio Público o las autoridades administrativas que por su cargo tengan antecedentes relacionados con ese hecho les faciliten su conocimiento o les otorguen su certificación sobre los puntos necesarios para su liquidación. Igual facultad tendrán los apoderados de las compañías encargados de hacer la respectiva liquidación, cuando no se la hayan encomendado a un liquidador de siniestros. En el caso de autos su mandante cumplió con su deber de liquidar el siniestro en tiempo y forma, lo anterior demuestra en definitiva que se cumplieron con todas las obligaciones legales al momento de liquidar el siniestro, una cosa muy distinta es que el resultado no le satisfaga al actor lo que no tiene consecuencia legal alguna.

Respecto del apartado denominado CONCLUSIONES. IMPROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO FORZADO DE CONTRATO Y DE LAS REPARACIONES SOLICITADAS. Menciona que, en conclusión, además de no estar en mora –pues los créditos que se alegan tienen estrecha relación con un concepto expresamente excluido por la póliza por decir relación con una enfermedad preexistente y porque, asimismo se incumplieron sus obligaciones legales y cargas–, su parte niega y rechaza la efectividad, entidad y cuantía de todos los perjuicios demandados. A falta de mora y de incumplimiento, no pueden pedirse perjuicios contractuales de ninguna especie. En ese entendido, no pueden pedirse cumplimientos de contrato si es que lo que se reclama está fuera de cobertura. Que, sin perjuicio de lo anterior, es un misterio para su parte, cómo o de qué manera la demandante probará en su totalidad y como lo manda la Doctrina y la Jurisprudencia y acorde a lo dispuesto por el artículo 1698 del Código Civil, los daños que alega en la demanda. En este sentido, el profesor ENRIQUE BARROS BOURIE señala que “*la certidumbre del daño sólo puede resultar de su prueba*”.



Foja: 1

En este mismo sentido, la EXCELENTÍSIMA CORTE SUPREMA ha señalado que *“de conformidad al artículo 1556 del Código Civil, la indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y el lucro cesante. Para que el daño dé lugar a reparación debe, en primer término, ser cierto. Esto quiere significar que debe ser real o efectivo, esto es, tener existencia. La afirmación importa rechazar la indemnización del daño eventual o meramente hipotético, es decir, aquel que no se sabe si va a ocurrir o no.”* (EXCMA. CORTE SUPREMA, 25 de marzo de 2008, rol 2076- 2006). En conclusión, será de cargo de la demandante probar los perjuicios y demostrarle al Tribunal haberlos efectivamente padecido.

a En cuanto a la PETICIÓN SUBSIDIARIA ESPECIAL, señala que en subsidio de todo lo anterior, solicita se de aplicación al artículo 525 inciso 4 del Código de Comercio, esto es, se proceda judicialmente a la rebaja de la indemnización. El mencionado texto legal prescribe: *“Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo”*. Que, si este Tribunal considerare que su mandante hubiera igualmente tomado sobre sí el riesgo de conocerlo, su mandante tiene derecho a que se rebaje la indemnización proporcionalmente a la diferencia señalada en tal norma, petición subsidiaria que enarbola desde ya.

Ahora en cuanto al apartado denominado “EN CUANTO A LOS REAJUSTES E INTERESES”, señala que estos conceptos o partidas no pueden aplicarse sino desde la fecha que constituya un derecho establecido a favor del actor por fallo ejecutoriado, fijando una indemnización. Antes sólo constituye una mera expectativa, y no puede generar reajustes e intereses desde que se manifieste la expectativa, sino desde que tal expectativa se materialice o concrete en un fallo ejecutoriado, que la acoja. De lo contrario, el sólo hecho de defenderse frente a pretensiones desmedidas y faltas incluso de legitimación obraría en contra de la demandada, ya que mientras más dure el proceso, más serán los intereses y reajustes que se aplicarían a las cantidades desmedidas demandadas, resultando aún más ingentes, y teniendo en consideración que la activación del procedimiento corresponde a la parte demandante. La existencia de la obligación de indemnizar y el monto de ella sólo nace con la sentencia definitiva, la que sólo podría cumplirse a partir de la fecha en que ella quede firme o ejecutoriada.

En cuando al apartado “RESPECTO DE LAS COSTAS”, señala que a su juicio no cabe más que defenderse frente a las pretensiones del libelo, ya que hay motivo más que plausible para litigar y para exigir que la demandante acredite en el proceso todo lo que ha sostenido en el libelo, en especial respecto del daño alegado, en todas sus dimensiones, desde su existencia, pasando por su imputabilidad a su representada, y hasta su valuación, ya que lo controvierte todo expresamente, conforme ha expuesto. Por tanto, conforme a lo expuesto, lo dispuesto en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio, el artículo 258 del Código de Procedimiento Civil, y las demás normas que resulten aplicables, solicita tener por contestada la demanda de autos en los términos invocados y, con su mérito, rechazarla en todas sus partes, con expresa condena en costas.

Que a **folio 19** se evacúa tramite de réplica por la demandante solicitando se tengan por reiterados todos y cada uno de los fundamentos de hecho y derecho



Foja: 1

argüidos y expuestos en la demanda, y tener expresamente presente al momento de resolver los autos las consideraciones y precisiones que en este acto se desarrollan, en relación a la contestación de la demandada. Refiere lo siguiente:

1.- PRIMERA CUESTIÓN PRINCIPAL: MARCO JURÍDICO EN EL QUE SE DESARROLLAN LOS PRESENTES AUTOS Y REGLAS APLICABLES. - El Seguro como relación de consumo. El asegurado como CONSUMIDOR. Precisa hacer fuerte hincapié en que el Seguro es un contrato de Adhesión y Dirigido, regulado especialmente por la ley en los artículos 512 y siguientes del Código de Comercio y en lo no específicamente regulado por ellos regido supletoriamente por la Ley de Protección al Consumidor, así como la demás normativa legal y Reglamentaria pertinente al ramo de Seguros, como el DFL 251-1931, el DS. 1055-2012, la NCG 349 de la CMF y otras. Como bien se sabe, el Derecho de Seguros, se ha ido configurando como una rama especializada y separando del Derecho Comercial, transformándose en un micro-sistema jurídico, con reglas y principios propios, que lo hacen especial. La ley 20.667 reemplazó en su totalidad el Título VIII del Libro II del Código de Comercio (artículos 512 a 601), introduciendo principios generales del seguro que caracterizan y que inspiran la normativa legal que rige la mayoría de los seguros en la actualidad. La ley en cuestión está imbuida por la idea de proteger al asegurado, idea o principio rector respecto del cual la demandada hace omisión absoluta, intentando de forma patente tratar al seguro bajo una interpretación civilista clásica, y por tanto hacer aplicable al caso de autos la regulación del derecho común, como si el de autos fuera un mero contrato entre privados en igualdad de condiciones y posiciones, lo cual evidentemente no es así. De esta forma, enmarcar correctamente el contexto legal y jurídico en que se desarrollan los presentes autos y el marco legal en que debe dirimirse es de la esencia de la discusión y de fundamental relevancia, ya que si el contrato de seguro habido entre las partes se interpreta como un mero contrato entre privados, de carácter civil clásico, y se le aplican las normas de Derecho Común en la forma pretendida por la demandada, está de más señalar que ello sería un enorme error conceptual y jurídicamente hablando. La ley 20667 se centró en mejorar la equivalencia de las prestaciones, perfeccionar los deberes pre-contractuales de información, e imponer un carácter imperativo de sus normas, con el objeto de lograr una mayor protección al asegurado. Que, en efecto, la actual normativa de Seguro tiene la virtud de haber generado un cambio en cuanto a la intelección jurídica que debía darse al contratante - asegurado, "... pues ya no sólo se observa como un comerciante, sino principalmente como un consumidor (art. 1º Ley Sobre Protección de los Derechos del Consumidor)." Lagos, (2014), pp. 340-351. Por su parte, la ltma. Corte de Apelaciones de Santiago ha señalado que: " ... el cliente de una compañía de seguros puede ser considerado como consumidor para los efectos de la Ley de Protección del Consumidor". Causa Rol nº 594/2016, sentencia 8 de julio de 2016. En materia de Seguros existe, por tanto, un verdadero proveedor de servicios, que es la Compañía de Seguros, y un destinatario o consumidor, que es el asegurado. Refiere que la importancia de lo anterior radica, entre otros, en que producto de esta doble condición del asegurado resultan aplicables tanto las normas imperativas contempladas en el Código de Comercio respecto del contrato de Seguro (art. 542), como las normas de Protección de los Consumidores, ambas de orden público. Nuestra legislación define el contrato de seguro en el artículo 512 del Código de Comercio, indicando que es un contrato bilateral, consensual,



Foja: 1

nominado, oneroso, y de MÁXIMA BUENA FE, lo que significa acorde a la Doctrina y Jurisprudencia que el seguro es un contrato en el cual la buena fe adquiere una relevancia mayor que la normal. No cabe duda a estas alturas del desarrollo de la Doctrina y Jurisprudencia, que el ordenamiento jurídico entiende que los asegurados son la parte débil en el contrato de seguro y respecto del cual la ley aplica especialmente normas de interpretación y regulaciones en favor del asegurado. – Que según se indicó en la demanda, el contrato fue ofrecido directamente por la corredora de seguros de Banco Estado vía telefónica. Esta forma de oferta y contratación de seguros se encuentra expresa y detalladamente regulada, mediante Circular 2148-2014, de la Ex Superintendencia de Valores y Seguros, actual CMF, que en lo pertinente señala: En este sentido, y según se acreditará en autos, la afirmación que hace la demandada en la página 4 de su contestación cuando señala que “ *En dicha llamada telefónica, la actora manifestó ser una persona completamente sana y que no le aquejaba enfermedad alguna e incluso estuvo especialmente interesada en saber como podía hacer efectivo el seguro “si es que la diagnosticaban de cáncer en el próximo mes”, es derechamente falsa, y tendrá que percibirse el audio de dicha grabación. Muy por el contrario, la demandante le informó expresamente a la ejecutiva que padecía de Diabetes Mellitus tipo II. En cuanto a la consulta por cáncer, en primer lugar la pregunta corresponde a una duda totalmente normal, con o sin exámenes previos, y en segundo lugar demuestra que la demandante lejos de ocultar información fue completamente abierta al respecto. La ejecutiva preguntó si la demandante padecía o había padecido de alguna enfermedad tratada y diagnosticada con anterioridad a la fecha de oferta del seguro - 19 de mayo de 2023 - a lo cual la demandante contestó que sí, que padecía de Diabetes Mellitus. Luego, la misma ejecutiva le preguntó si había sido diagnosticada o padecía de cáncer, cuya respuesta era derechamente no. En este sentido, la demandante, en cuanto asegurada, no tenía obligación ni puede atribuírsele culpa de no haber informado algo que no le fue requerido por la persona a cargo de la gestión y oferta del seguro. Lo lógico y que corresponde además a lo establecido en la ley en el artículo 525 del Código de Comercio, es que era deber de la corredora del seguro el haber efectuado las preguntas pertinentes en base a la información entregada por la demandante, quien insisten dijo que padecía Diabetes de forma inequívocamente clara. También sería derechamente equivocado cuando la demandada señala en la página 5 de su contestación que: “*En efecto, a partir de su propio relato queda en evidencia de que a partir de los exámenes que se realizó había una sospecha cierta de que padecía dicha enfermedad, hecho que debió haber informado a nuestra mandante conforme lo exige el artículo 524 del Código del Comercio en concordancia con lo dispuesto en el artículo 525 del Código del Comercio.*” Bastará atender a los hechos para acreditar que recién el 22 de Mayo 2023, se le toma a la demandada punción y biopsia. En la orden médica, el “*Diagnóstico Presuntivo o Hipótesis Diagnóstica*” era “*nódulo tiroideo Derecho*”, y no cáncer. Que, asimismo, el 25 de mayo de 2023 se le entregó informe de biopsia, el que arrojó recién con esa fecha y como resultado “*SOSPECHA DE CARCINOMA PAPILAR. (examen citológico atípico. categoría v de la clasificación de Bethesda, sospechoso de carcinoma papilar.)*”. La demandada insiste en la página 8 de su contestación en que: “ *En efecto, la contratante no informó a mi mandante la posibilidad cierta de tener un evento relacionado a una patología oncológica, circunstancia que era sumamente**



Foja: 1

relevante para la apreciación del estado el riesgo. Esto, al punto de que, de haberlo conocido, mi mandante no hubiera otorgado cobertura a cualquier gasto médico relacionado con dicha enfermedad.”, pero esto en circunstancias que el tenor literal del artículo 525 del Código de Comercio reza: “ Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo. Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud. Si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1° del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato.” Que, la intención de la demandada es por tanto manifiesta, advirtiéndose claramente que lo que pretende, aparte de transformar el vínculo entre las partes en un contrato o relación civil regida por las reglas clásicas del derecho común, es hacer aparecer como una cuestión obvia que era carga de la demandante informar que se había realizado una ecotomografía a la tiroide unos días antes, aún cuando no se le consultó nada al respecto, intentando así hacer aparecer lo anterior como un acto de mala fe, inexcusable y doloso por parte de ella y no una falta o negligencia de la corredora del seguro, quien tenía el deber y estaba en posición de requerir la información necesaria, más aun considerando que la demandante informó que padecía diabetes, con todas las consecuencias que dicha enfermedad conlleva y que era obligación de la aseguradora conocer y evaluar. Que, luego, en la misma página 8 de su contestación, la demandada refiere que: “Así, la contratante/asegurado sabía perfectamente que sus declaraciones no se ajustaban a la realidad”. Se pregunta la actora al respecto: ¿Cuál es la mentira que se le imputa a la demandada? ¿Cuál es la ocultación de información que se supone inexcusablemente omitida de su parte? Aventuran hipótesis: • ¿Mintió al contestar que no había padecido ni que padecía de cáncer, al 19 de mayo de 2023? No, ya que era y es efectivo. • ¿Mintió al decir que era una persona “completamente sana” como según la demandada habría indicado? No, ya que dijo que padecía diabetes mellitus tipo II. • ¿Ocultó de forma dolosa o inexcusable información relativa a las ecotomografías tiroideas realizadas 10 días antes? No, ya que no se le consultó al respecto, y no era su deber conocer qué información entregar y cuál no, cuál era relevante y cuál no. Que, para ello, la ley pone de carga de la parte que sí está en posición de determinar e identificar el riesgo que pretende asumir, el hacer las preguntas y requerir la información precisa al asegurado. • ¿Mintió acerca de que existía una “sospecha cierta de padecer cáncer” a la fecha de contratación del seguro? Absoluta y categóricamente no, ya que ello recién, a lo más, pudo nacer el 25 de mayo de 2023, cuando se le entregó el informe de biopsia, que arrojó como resultado “SOSPECHA DE CARCINOMA PAPILAR. (examen citológico atípico. categoría v de la clasificación de Bethesda, sospechoso de carcinoma papilar.)” Por último, le resulta interesante que la demandada señale a fojas 6 de su contestación que “A mayor abundamiento, los nódulos son el síntoma más común que permite a los doctores identificar la presencia de un cáncer a la tiroides.” Dicen que es interesante porque es cierto.



Foja: 1

Efectivamente para los doctores los nódulos podrán ser el síntoma más común, pero no para las personas comunes y corrientes que no tienen por qué saber de medicina. Ahora bien, es sin duda una tergiversación del concepto de enfermedad cuando en la página 10 de la contestación la demandada indica que los "... nódulos eran enfermedades ya diagnosticadas y conocidas por la actora." y que por tanto debió declararlos. No existe parte alguna en el mundo en donde un nódulo sea considerado como una enfermedad, ya que enfermedad es por definición un "Estado producido en un ser vivo por la alteración de la función de uno de sus órganos o de todo el organismo". Señala que un nódulo es, a su vez, una "Concreción de poco volumen, un bulto, abultamiento, dureza, lobanillo, tumor, quiste.". Nuevamente se aprecia cómo la demandada intenta desligarse de su propia responsabilidad camuflando su negligencia bajo la idea de que sería *obvio que cualquier persona sabe que un nódulo puede ser sinónimo de cáncer*; idea que nada tiene de obvio y que además va precisamente contra todo principio fundante de la normativa que regula el contrato de Seguro y de protección a los Consumidores. Sin perjuicio de todo lo expuesto, la propia demandada es la que mediante la redacción de la póliza colectiva nº 340022898 y en otras pólizas de cobertura Oncológica señala que el examen por esencia y el que por su naturaleza constituye un diagnóstico de cáncer, es el informe de biopsia. Así lo indica en la referida póliza, cuando establece respecto de la Cobertura Oncológica, que "Para solicitar la cobertura Oncológica, el Asegurado o algún familiar directo de él, según corresponda, deberá presentar, al menos, los siguientes documentos: • Exámenes Médicos comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad (Informe de Biopsia)." En el caso de autos, dicho informe, es de fecha 25 de mayo de 2023.

2. CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS: Sin perjuicio de lo expuesto, reiteran la verdadera cronología de los hechos, tal como se acreditará oportunamente: • 9 de mayo de 2023: Mariana Dupré - la demandante - concurre a realizarse exámenes de rutina, entre ellos ecotomografía tiroidea, por Diabetes Mellitus que padece. • 15 de mayo de 2023, médico de cabecera analiza resultado de exámenes y deriva con especialista en tiroides por nódulos advertidos en ecotomografía. • 16 de mayo de 2023 especialista entrega orden para realizar punción y biopsia de nódulos. • 19 de mayo de 2023, mediante promoción telefónica y contacto directo de ejecutiva, se le ofrece al recurrente plan de seguro "Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica". • Conforme tenor Literal de la póliza, cobertura era la siguiente: *La Compañía Aseguradora pagará de una sola vez al asegurado, ya sea Titular o Adicional, la suma de UF 500 (Quinientas Unidades de Fomento) en el evento que, durante la vigencia del seguro, al Asegurado se le diagnosticara clínicamente, y por primera vez, un cáncer o tipo de Cáncer.*" Seguro se contrata y queda convenido con esa fecha. • Telefónicamente se le consulta a la recurrente si padece de alguna enfermedad, indicando ésta que padecía Diabetes. Se le consulta por cáncer y señala que no, lo cual era efectivo. No se le hacen otras consultas. Todo vía telefónica. • 22 de mayo de 2023, se toma punción y biopsia. Diagnóstico Presuntivo o Hipótesis Diagnóstica era "nódulo tiroideo Derecho", y no cáncer • 25 de mayo de 2023 se entrega informe de biopsia, arrojando como resultado "SOSPECHA DE CARCINOMA PAPILAR. (examen citológico atípico. categoría v de la clasificación de bethesda. sospechoso de carcinoma papilar.)" • Con el resultado de la Biopsia, concurre donde el especialista, quien la derivó con cirujana especialista de cabeza y cuello, quien la diagnóstica, por primera vez, con



Foja: 1

cáncer de glándula tiroide, el día 2 de junio de 2023. • Extirpación de tiroide o “tiroidectomía”, se realizó el día 2 de agosto de 2023

3.- INEXISTENCIA DE UN DIAGNÓSTICO Y/O DE UNA SITUACIÓN DE SALUD, PATOLOGÍA, CONOCIDA DE LA ASEGURADA AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO. Refiere que la Corte Suprema actualmente exige los siguientes requisitos para considerar que se está efectivamente, en un caso concreto, frente a una preexistencia: 1. Un diagnóstico médico fidedigno, no siendo suficiente un mero examen; 2. El diagnóstico médico fehaciente, debe ser de fecha anterior a la celebración del contrato de seguro; 3. Existencia de una relación de identidad y de causalidad entre el diagnóstico y el siniestro que se pretende cubrir, y, 4. Conocimiento cabal del diagnóstico por el asegurado. El fundamento del criterio anterior se encuentra, según la misma Excma. Corte en la definición de enfermedad preexistente contenida en el artículo 190 N° 6 inciso segundo del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud y en al art. 591 del Código de Comercio. Que, en materia de rechazo de cobertura de seguros en razón de alegarse enfermedad preexistente por parte de la compañía aseguradora, la Corte Suprema ha sido de claro y uniforme criterio, habiendo creado consolidada jurisprudencia, en cuanto a que no es posible determinar que al momento de realizar la declaración de salud sea exigible al asegurado/a proporcionar una información de la que carece en los términos que la ley lo dispone, de tal manera que dicha falencia no puede servir a la aseguradora como excusa para negarse a bonificar los gastos que irroguen las prestaciones de salud objeto de un seguro del mismo ramo, ya que no se cumple el requisito de la preexistencia previsto en el citado artículo 591 del Código de Comercio, si a la fecha de la declaración de salud no existe un diagnóstico médico fidedigno que diera certeza a la preexistencia de la enfermedad. Así se ha establecido en al menos los siguientes fallos, que han REVOCADO sentencias dictadas por Cortes de Apelaciones en materia de recursos de protección por negativa o rechazo de la aseguradora a otorgar la cobertura pactada en un seguro de salud o gastos médicos: 1. CS rol N° 27.959-2016 2. CS rol N° 219-2017 3. CS rol N° 10.407-2017 4. CS rol N° 38.660-2017 5. CS rol N° Rol N° 41.912-2017 6. CS rol N° 4.101-2018 7. CS rol N° 4.162 – 2018. 8.- CS rol N° 20.462-2019. A modo ejemplar, en recurso ROL 219-2017, en el Considerando Tercero, se indica que “ *el actor reclama que el diagnóstico final se obtuvo luego de varios exámenes y tanto él como su cónyuge y, en lo pertinente, los especialistas, tenían dudas respecto de la enfermedad que padecía.*”. Luego, en el considerando cuarto se señala que “ *El seguro fue contratado el 15 de octubre de 2015 y del relato del propio recurrente se desprende que en septiembre de 2015 se vio afectado por un fuerte dolor de cabeza que motivó la realización de varios exámenes y consultas médicas anteriores a la contratación del seguro, que no fueron informadas.*”. Finalmente la Excma. Corte Suprema termina estableciendo que “ Que, de acuerdo a lo expuesto y no existiendo un diagnóstico médico respecto de la patología en comento, no podía exigirse al afiliado que lo informara en la declaración de salud y no puede servir de argumento a la recurrida para negarse a bonificar los gastos que irrogó el tratamiento practicado.”, revocando la decisión de la Iltrma. Corte de Apelaciones de Santiago. En recurso de apelación rol 4.162-2018 Corte Suprema revocó decisión de la Iltrma. Corte de Apelaciones que rechazó protección por negativa de aseguradora a dar cobertura de seguro de gastos médicos, resolviendo que “...de acuerdo a lo expuesto y al no mediar un



Foja: 1

diagnóstico médico anterior, atinente a la patología en comento, no es posible determinar que era exigible a la asegurada proporcionar una información de la que carecía, en los términos que la ley lo dispone, de tal manera que semejante falencia así conceptualizada no puede servir a la aseguradora como excusa para negarse a bonificar los gastos que irrogó a la compareciente las prestaciones de salud recibidas en relación al mioma intrauterino que la aquejaba.”. Que estima no es necesario continuar con las transcripciones de las sentencias. El criterio de la Excma. Corte Suprema en la materia es absoluta y totalmente claro y uniforme. Que, en el caso de autos es hecho no controvertido que NO existía un diagnóstico, ni siquiera parcial o pre - informe, que diera cuenta alguna del cáncer que afectó a la demandante y que le fue recién diagnosticado con fecha 2 de junio de 2023. Este hecho no fue controvertido por la demandada y consta directamente de certificado médico. Sin perjuicio de lo anterior, la aseguradora rechazó otorgar la cobertura pactada en base a que “Corresponde al asegurado declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la extensión de los riesgos, al momento de la oferta y aceptación de este seguro a través de sistemas de telefonía u otros análogos, y en otros formularios de contratación que disponga la Compañía Aseguradora para estos fines, los que constituyen elementos integrantes y esenciales de la cobertura y de este contrato de seguro. Que a partir de los exámenes que se realizó había una sospecha cierta de que padecía dicha enfermedad, hecho que debió haber informado a su mandante conforme lo exige el artículo 524 del Código del Comercio en concordancia con lo dispuesto en el artículo 525 del Código del Comercio.”. Que de los antecedentes aportados por la propia demandada se advierte sin necesidad de mayores disquisiciones e interpretaciones que lo que indica la demandada es derechamente falso, ya que el primer resultado que arrojó sospecha de cáncer es del 25 de mayo de 2023, esto es, posterior a la contratación del seguro. La Compañía de Seguros demandada en un acto de auto tutela y marginación de la ley grosero, define el concepto de preexistencia a su antojo, indicando que incluye también las situaciones de salud estudiadas o en etapa o proceso de estudio con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la cobertura que otorga esta Póliza. Intenta así establecer un concepto de preexistencia que es mucho más gravoso que aquel establecido expresamente en la ley. Que, conforme consta en autos, antes de la entrada en vigencia del seguro (19 de mayo de 2023) no existía sospecha ni diagnóstico de cáncer. En un acto de manifiesta mala fe, la aseguradora indicó en su informe de liquidación como fecha del siniestro el día 9 de mayo, a sabiendas que en dicha fecha la recurrente sólo concurrió a una consulta de rutina y se realizó una ecotomografía tiroidea para control debido a que padece de diabetes. Es preciso recordar que el seguro fue ofrecido directamente a la demandante, vía telefónica y no buscado por ella, lo que es importante para probar que ella no tenía ningún temor o sospecha de padecer cáncer, de lo contrario hubiera contratado ella misma el seguro. Que, de esta forma, la mala fe que presume la demandada de parte de la demandante cuando le imputa haber conocido perfectamente bien que sería diagnosticada de cáncer, es un hecho que ella deberá acreditar, en virtud de la regla general de Derecho en este sentido. Por tanto, solicita tener por evacuada la réplica.

Que **a folio 21** se evacúa tramite de réplica solicitando la demandada se tengan como íntegramente reproducidos todos los argumentos de hecho y derecho ya señalados en la contestación de la demanda, sin perjuicio de las



Foja: 1

aclaraciones que deben hacerse respecto del escrito de réplica evacuado por la contraparte. Que, en primer lugar, en el escrito de réplica se hace una erudita exposición de las razones por las cuales el asegurado es un consumidor y por ende queda al amparo de la ley 19.496 que consagra los derechos y deberes de los consumidores. Sin embargo, lo anterior es contraproducente con la acción que se ha entablado en autos, considerando que se está ante una demanda de cumplimiento forzado de contrato con indemnización de perjuicios en sede civil, por lo que no resultan aplicable las normas de la ley 19.496. Añade que, a mayor abundamiento, si lo que se pretendía era perseguir la responsabilidad de su mandante por algún incumplimiento a lo dispuesto en la ley 19.496, lo que correspondía era interponer una denuncia o querella infraccional por ley del consumidor ante el Juzgado de Policía Local competente. Que, ahora bien, en la réplica se ha confesado que efectivamente su mandante realizó las preguntas de rigor a la actora para indagar respecto del riesgo al que se estaba sometiendo y que esta contestó que no le aquejaba la enfermedad de cáncer. Sin embargo y como se ha insistido a lo largo de este juicio, la actora infringió el principio de buena fe contractual por cuanto sabía o al menos no podía no saber, que lo contestado a la ejecutiva de su mandante no era efectivo y por algo estuvo tan interesada en saber cómo ejecutar el seguro si es que en un futuro cercano era diagnosticada de cáncer, ya que sabía perfectamente que ese escenario era inminente. Que, en efecto, durante la réplica la demandante intenta justificar su conducta bajo el pretexto de no tener conocimientos médicos, por lo que no pudo a su juicio sospechar que la existencia de nódulos fueran sinónimo de cáncer. Lo anterior sería una fullería. Efectivamente no cualquier nódulo es sinónimo o alerta de cáncer, pero en este caso la ecotomografía a la que la actora se sometió daba cuenta de dos nódulos sospechosos, por algo su médico tratante la derivó con un especialista quien le recomendó efectuar una punción de tiroides (todo esto antes de suscribir la póliza). Lo cierto es que la punción de tiroides tiene como único objetivo constatar la existencia o no de cáncer: *“Se trata de un examen que se utiliza para diagnosticar enfermedad o cáncer de tiroides. A menudo, se emplea para averiguar si los nódulos tiroideos que su proveedor puede sentir o ver por medio de un ultrasonido son o no cancerosos”*. Que, lo anterior echa por tierra los argumentos de la actora ya que, si se le había solicitado una punción de tiroides, es imposible que no se le haya explicado en qué consiste este examen y lo más importante, para qué se realiza. Que, en esta circunstancia, confiesa por lo demás en el escrito de réplica, confirma sin lugar a dudas que la actora incumplió con su deber de sinceridad al momento de suscribir la póliza con su mandante por lo que su decisión sería plenamente ajustada a la ley y al contrato de autos. En razón de lo anterior, solicita se tenga por evacuado el trámite de dúplica.

Que **a folio 30**, rola acta de audiencia de conciliación celebrada con fecha 18 de junio de 2024, la cual se frustra atendido a que, realizado el llamado a conciliación respectivo, la demandada manifiesta no tener ánimos de conciliar.

Que **a folio 35**, se recibe la causa a prueba fijándose como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos, los siguientes: **1.** Efectividad de haber celebrado las partes contrato de seguro. En el caso, contenido de las tratativas precontractuales, fecha de celebración, estipulaciones de éste. **2.** Efectividad de haber ocurrido el siniestro denunciado por la actora, en los términos alegados por ella en su demanda. Hechos y circunstancias. **3.** En el caso, efectividad que el



Foja: 1

sinistro denunciado no se encuentra cubierto por el contrato de seguro contratado en los términos alegados por la demandada. Hechos y circunstancias.

4. En el caso, efectividad de existir incumplimiento de la parte demandada en los términos alegados y descritos por la actora. Hechos y circunstancias que lo acrediten. **5.** En el caso, efectividad de existir incumplimiento de la parte demandante en los términos alegados y descritos por la demandada. Hechos y circunstancias. **6.** Excepción de contrato no cumplido en favor de la parte demandada, en los términos alegados por él. Hechos y circunstancias **7.** Efectividad de haber actuado de mala fe la actora, en los términos alegados por la demandada. Hechos y circunstancias.

Que **a folio 42** se acoge parcialmente recurso de reposición interpuesto en contra de resolución que recibe la causa a prueba, añadiéndose un nuevo hecho sustancial, pertinente y controvertido al misma: **8.** Efectividad de haber padecido la demandante los perjuicios alegados. Hechos, circunstancias y monto.

Que **a folio 62** se cita a las partes a oír sentencia.

CON LO RELACIONADO Y CONSIDERANDOS.

PRIMERO: Que a fin de acreditar sus dichos la parte demandante rinde la siguiente prueba en el proceso:

- 1) Documental: A folio 1 acompaña los siguientes documentos en forma legal y sin oposición de la contraparte: **1.** Copia de Póliza nº 340022898. **2.** Copia de resultado de Biopsia (informe citología), de fecha 25 de mayo de 2023. **3.** Informe de gastos médicos emitidos por Isapre Consalud. **4.** Informe Médico Tratante Dra. Pilar Schneeberguer, certificación médica para patología oncológica. **5.** Protocolo operación, Tiroidectomía, fecha 2 de agosto de 2023. **6.** Fotocopia de solicitud de examen, emitida por Dr. Endocrinólogo Sergio Merino Osore, de fecha 16 de mayo de 2023. **7.** Copia de certificado médico emitido y suscrito por la Dra. Paula Andrea Gutiérrez Cabalín, C.I 13.515.615-9. De igual manera a folio 37 acompaña nuevamente los documentos signados con el número 2, 4, 5 y 7 ya referidos.
- 2) Exhibición de documentos: A folio 55 consta acta de audiencia de exhibición de documentos, celebrada con fecha 24 de septiembre de 2024, la cual se desarrolla en los siguientes términos: *“En Carahue, a 24 de septiembre de 2024 siendo las 12:01 horas se da inicio a audiencia de exhibición de documentos bajo el apercibimiento del artículo 277 del Código de Procedimiento Civil, en causa ROL C-16-2024, caratulada “DUPRE/METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.”, con la asistencia del abogado demandante don Gianfranco Guggiana Varas cédula de identidad nº 14.120.620-6 y con la asistencia de la apoderada de la demandada doña Chiara Elmes, Cédula de identidad 20.443.871-4 y se procedió:*

Al escrito de folio 54, se provee:

A lo principal: Téngase presente la delegación de poder. Al otrosí. Por acompañado el documento, con citación.

La apoderada de la demandada procede a exhibir audio correspondiente a grabación de oferta y contratación del seguro de



Foja: 1

muerte accidental y cobertura oncológica, de fecha 19 de mayo de 2023, el que también se encuentra a folio 51.

Por lo tanto, se tiene por exhibido el documento solicitado por la demandante.

No habiendo solicitudes adicionales, con lo obrado y siendo las 12:20 horas se pone término a la audiencia, y se deja constancia que la presente acta no se suscribe de manera física, siendo aprobada de manera verbal.”

SEGUNDO: que a fin de acreditar sus dichos la parte demandada acompaña a folio 52 prueba documental en forma legal y sin oposición de la contraparte, consistente en: **1.** Condiciones particulares póliza colectiva “Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica”, emitida por Metlife chile seguros de vida S.A. para el contratante Banco del Estado de Chile, con fecha enero de 2023. **2.** Solicitud de exámenes de fecha 16 de mayo de 2023, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco y firmada por el Sr. Médico endocrinólogo Sergio Medina Osore. **3.** Detalle de cuenta de la paciente N°11756, Mariana Dupré Sáez, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco el 22 de mayo de 2023. **4.** Documento de información relevante sobre prestaciones realizadas a pacientes en servicio de imagenología, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco para la paciente Mariana Dupré Sáez con fecha 22 de mayo de 2023. **5.** Boleta electrónica N° 96207 emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco a nombre de la actora, con fecha 22 de mayo de 2023. **6.** Boleta electrónica N° 89718 emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco a nombre de la actora, con fecha 22 de mayo de 2023. **7.** Informe de citología emitido por el instituto de patología celular y molecular, con fecha de validación 25 de mayo de 2022, respecto de la biopsia N° C23-244. **8.** Ecotomografía de etapificación cervical de la paciente Mariana Dupré Sáez, emitido por la Clínica Red Salud con fecha 12 de junio de 2023, y firmado por el Sr. Médico radiólogo Andrés Navarrete Corsini. **9.** Examen de laboratorio de medición de tiroglobulina de la actora, emitido por el Laboratorio Red Salud el 27 de junio de 2023. **10.** Informe de citología emitido por el Instituto de Patología Celular y Molecular, con fecha de validación 30 de junio de 2022, respecto de la biopsia N° c23-327. **11.** Informe de gastos por beneficiario emitido por la Isapre Consalud, con fecha 06 de julio de 2023. **12.** Informe de biopsia emitido por Sr. Doctor patólogo Renato Becker Hecker, del Instituto de Patología Celular y Molecular, con fecha de validación 11 de agosto de 2022, para la paciente Mariana Dupré Sáez respecto de la biopsia N° B23-4284. **13.** Carta de rechazo de siniestro referencia N° BECS-215343, emitida por la actora y firmada por el Sr. gerente beneficios Pablo Guajardo Marchant, con fecha 23 de agosto de 2023. **14.** Respuesta a apelación de rechazo de siniestro, referencia N° BECS-215343, emitida por su mandante y firmada por el Sr. Gerente beneficios Pablo Guajardo Marchant, con fecha 20 de septiembre de 2023. **15.** Informe médico tratante de cobertura de enfermedades graves, emitido para la paciente Mariana Dupre Sáez.

TERCERO: El artículo 1698 inciso segundo del Código Civil dispone que “*Las pruebas consisten en instrumentos públicos o privados, testigos, presunciones, confesión de parte, juramento deferido e inspección personal del juez*”, a su vez el artículo 341 del Código de Procedimiento Civil reitera dicha afirmación, señalando que los únicos medios probatorios que las partes pueden



Foja: 1

hacer valer en juicio civil son los antes mencionados y suma agregando los informes periciales.

El ya referido artículo 1698 del Código Civil, señala además en su inciso primero que incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta.

El artículo 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil prescribe: *“Los instrumentos privados se tendrán por reconocidos: ...3°. Cuando, puestos en conocimiento de la parte contraria, no se alega su falsedad o falta de integridad dentro de los seis días siguientes a su presentación, debiendo el tribunal, para este efecto, apercibir a aquella parte con el reconocimiento tácito del instrumento si nada expone dentro de dicho plazo; y”* No habiendo sido objetados los documentos acompañados en autos, tendrán el valor de plena prueba respecto de los hechos que en ellos se contienen.

CUARTO: Que, la actora ha ejercido acción de cumplimiento forzado de contrato, solicitando que se ordene a la demandada al pago de la indemnización que corresponde en razón de contrato de “seguro muerte accidental y cobertura oncológica” celebrado entre las partes, a la que se encuentra obligada en virtud de haberse producido un siniestro cubierto por la póliza respectiva, el que fuera oportunamente denunciado.

QUINTO: Que, en relación al primer punto de la interlocutoria de prueba *“Efectividad de haber celebrado las partes contrato de seguro. En el caso, contenido de las tratativas precontractuales, fecha de celebración, estipulaciones de éste”*, se tendrá presente que el artículo 512 del código del comercio señala: *“Contrato de seguro. Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando este obligado a indemnizar el daño que sufre el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.*

Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte, sino que también la sobrevivencia constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro...”

Que, es posible tener por acreditado que el día 19 de mayo de 2023 las partes suscribieron vía telefónica un contrato de seguro oncológico con MetLife, mediante la corredora de seguros de Banco Estado póliza N° 340022898, compareciendo como contratantes la compañía aseguradora MetLife Chile Seguros Generales S.A. y como asegurado titular doña Mariana Elizabeth Dupre Sáez como se desprende del documento completo allegado en folio 1 y 37 por la demandante cuya referencia es “Copia de Póliza N° 340022898.

Que de conformidad a los documentos referidos precedentemente y aquel acompañado por la demandada a folio 52 denominado “Condiciones particulares póliza colectiva” el seguro contratado correspondía a un seguro colectivo, denominado “Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica”, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos POL 3 2013 0103, POL 3 2013 0146 y CAD 2 2022 0129.



Foja: 1

Que, en lo que respecta a la demanda sublite la cobertura reclamada es aquella denominada ONCOLOGICA, en que la Compañía Aseguradora pagaría de una sola vez al asegurado, ya sea titular o adicional, la suma de UF 500 (Quinientas Unidades de Fomento) en el evento que, durante la vigencia del seguro, al asegurado se le diagnosticara clínicamente, y por primera vez, un cáncer o tipo de cáncer, que quedaban excluidas de la cobertura cualquier enfermedad que no sea cáncer. De igual manera se contrata que a fin de activar la cobertura in comento el asegurado o algún familiar directo de él, según corresponda, debía presentar, al menos, los siguientes documentos: Exámenes Médicos comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad (Informe de Biopsia). Asimismo, se deja constancia que la prima correspondería a UF 0.1439, y que la vigencia de la cobertura sería mensual y comenzaría a regir desde la fecha de contratación del seguro, es decir, desde el día 19 de mayo de 2023.

Que, en virtud de lo anterior, se da por establecida la existencia, contenido y fecha de celebración del contrato de autos, debiendo por ende analizarse a continuación la efectividad de existir incumplimientos en los términos alegados por las partes.

SEXTO: Que, a fin de determinar la correcta cronología de los hechos alegados, de lo expuesto por ambas partes, y documentación acompañada, es menester tener por asentado lo siguiente:

1. Que con fecha 09 de mayo de 2023, la actora se habría realizado una serie de exámenes preventivos en el marco de sus controles habituales por presentar como enfermedad de base diabetes mellitus tipo II, y que entre ellos se realizó una ecotomografía tiroidea.

2. Que, con fecha 15 de mayo de 2023, y en razón de la revisión del examen ordenado por haberse encontrado dos nódulos, fue derivada por su médico tratante con un especialista, con quien concurrió el día 16 de mayo de 2023, lo anterior según documento acompañado tanto por la demandante a folio 1 como por la demandada a folio 52, bajo la referencia: *"Fotocopia de solicitud de examen, emitida por Dr. Endocrinólogo Sergio Merino Osore"* y *"Solicitud de exámenes de fecha 16 de mayo de 2023, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco y firmada por el Sr. Médico, endocrinólogo Sergio Medina Osore"* respectivamente.

3. Que, con fecha 19 de mayo de 2023, se celebra entre las partes contrato de seguro denominado "seguro muerte accidental y cobertura oncológica".

4. Que, con fecha 22 de mayo de 2023, la demandante se realizó una biopsia de los nódulos, cuyos resultados se emitieron con fecha 25 de mayo de 2023, lo anterior se respalda en documentación acompañada por la demandante a folio 1 y 37 bajo al referencia *"Copia de resultado de Biopsia (informe citología), de fecha 25 de mayo de 2023"* y por la demandada a folio 52 bajo los signados: *"Detalle de cuenta de la paciente N°11756, Mariana Dupré Sáez, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco el 22 de mayo de 2023."*, *"Documento de información relevante sobre prestaciones realizadas a pacientes en servicio de imagenología, emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco para la paciente Mariana Dupré Sáez con fecha 22 de mayo de 2023."*, *"Boleta electrónica N° 96207 emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco a nombre de la actora, con fecha 22 de mayo de 2023."*, *"Boleta electrónica N° 89718 emitida por la Clínica Red Salud Mayor de Temuco a nombre de la actora, con fecha 22 de mayo de 2023."* e *"Informe de citología emitido por el instituto de patología celular"*



Foja: 1

y molecular, con fecha de validación 25 de mayo de 2022, respecto de la biopsia N° C23-244.” Del mérito de estos documentos donde es posible tener por acreditada la fecha en que se ordena la intervención médica, esto es, 22 de mayo de 2023, y la posterior entrega de resultados con fecha 25 de mayo de 2023.

Que, en este punto es importante señalar que el resultado de dicho examen -según documento correspondiente a informe de citología ya referido- fue el de sospecha de carcinoma papilar.

5. Que, con dicho resultado, habiendo la actora concurrido a médico especializado, y según documento acompañado por la demandante a folio 1 denominado *“Informe médico tratante Dra. Pilar Schneeberguer, certificación médica para patología oncológica”* y por la demandando a folio 52 en el N° 15, fue diagnosticada con cáncer de tiroides.

6. Que, con el diagnóstico referido en el numeral precedente, la actora con fecha 06 de junio de 2023, realizó la denuncia para proceder a la activación del seguro contratado con fecha 19 de mayo de 2023.

7. Que, a través de carta fechada 23 de agosto de 2023, se dio a conocer a la actora el rechazo del siniestro denunciado, -documento acompañado a folio 52 bajo el N°13- decisión confirmada con fecha 20 de septiembre de 2023, -documento acompañado a folio 52 bajo el N°14-.

Que el motivo del rechazo, según el apartado *“V. CONCLUSION”* del documento acompañado a folio 52 bajo el N°13 por la demandada, habría sido que el siniestro denunciado ocurrió antes de la vigencia inicial del asegurado en la póliza. Se arriba a dicho resultado, puesto que la aseguradora refiere en el punto *“IV. DATOS DEL SINIESTRO Y ANALISIS DE LA COBERTURA”* del mismo documento lo siguiente: *“1. Con fecha **19 de mayo de 2023**, SE SUSCRIBE Seguro, concretado en póliza N° 340022898 del Banco Estado. 2. Con fecha **08 de junio de 2023**, se recepcionó en nuestra Compañía aseguradora el denuncia del siniestro, ocurrido el **09 de mayo de 2023**, por el diagnóstico (s) de “CÁNCER A LA TIROIDES”.*

SÉPTIMO: Que, en cuanto a este punto y tomando en consideración lo señalado precedentemente, resulta necesario aclarar que el demandante refiere haber cumplido cabalmente con las estipulaciones contratadas puesto que, el diagnóstico de cáncer a la tiroides se produjo el día 02 de junio de 2023, aseverando que recién en ese momento tomó conocimiento de la enfermedad que le aquejaba y que el día 09 de mayo de 2023, solo se encontraba realizando estudios y controles médicos cotidianos y relacionados con su enfermedad de base diabetes mellitus tipo II, no existiendo en absoluto siquiera un pre-diagnóstico de cáncer a la tiroides, ni una preexistencia de la enfermedad en estudio, que el día en que se contrató el seguro ni siquiera se había tomado aún la muestra para la biopsia, cuyos resultados estuvieron disponibles recién el 25 de mayo de 2023.

Por su parte, la demandada asegura que si la actora hubiera cumplido como correspondía con su deber de declarar de forma sincera, no se hubiera suscrito la póliza en los términos pactados, sino que se hubiera excluido la patología oncológica dentro de las enfermedades con cobertura o bien se hubiese cobrado otra prima sustancialmente más cara. Lo anterior ya que a la fecha de 19 de mayo de 2023 la actora ya estaba en conocimiento de la posibilidad cierta de que el siniestro ocurriría, ya que a partir de los exámenes que se realizó con fecha 15 de mayo de 2023, había una sospecha cierta de que padecía dicha



Foja: 1

enfermedad, lo que no fue informado en la llamada telefónica en que se contrató el seguro.

OCTAVO: Que el artículo 524 del Código de Comercio prescribe que es obligación del seguro lo siguiente: *“1º. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;”*

A su vez el artículo 525 inciso primero señala respecto de la declaración sobre el estado del riesgo: *“Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.”*, en su inciso segundo *“Convenido el contrato de seguro sin que el asegurador solicite la declaración sobre el estado del riesgo, éste no podrá alegar los errores, reticencias o inexactitudes del contratante, como tampoco aquellos hechos o circunstancias que no estén comprendidos en tal solicitud.”* Y en su inciso 4 y 5 respectivamente refiere *“Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.”* *“Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.”*

Resulta imperante, por tanto, determinar si en efecto la demandante ha incumplido con el deber de otorgar información veraz y completa a la aseguradora, o si por el contrario ocultó una enfermedad preexistente, en los términos señalados por el demandado.

NOVENO: Que, a folio 55 se celebró audiencia de exhibición documental, correspondiente al audio de grabación de oferta y contratación del seguro de muerte accidental y cobertura oncológica, acompañado a folio 51 de marras de una duración de 11 minutos con 44 segundos. En él, específicamente en el minuto 2:27 puede apreciarse que se le informa a la demandante, que las únicas condiciones para la contratación del seguro serían: 1) Que sea mayor de 18 años y menor de 79 y 2) Que no padezca a la fecha o haya padecido algún tipo de cáncer, procediendo a preguntar a la asegurada en el minuto 2:36 si ha padecido o padece algún tipo de cáncer, respondiendo la actora **“No, ninguno”**. Posterior a ello, no se efectuaron otras preguntas tendientes a profundizar la información necesaria para la contratación del seguro, ni respecto de alguna enfermedad de base o de otros tratamientos médicos relacionados con patologías oncológicas, razón por la cual este Tribunal no detecta la ocultación de información alegada por la demandada, puesto que no fueron efectuadas otras consultas por la ejecutiva de la aseguradora a fin de determinar otros aspectos relevantes, y tomando en consideración el tenor de los artículos citados en el considerando octavo, sería de carga de la aseguradora solicitar toda la información necesaria y suficiente a través de la respectiva declaración sobre el estado de riesgo, no pudiendo imputarle su falta de diligencia a la actora, quien a su vez estuvo llana a contestar todo aquello que la trabajadora de la demandada le preguntó.



Foja: 1

DÉCIMO: Que, en cuanto a la preexistencia de una enfermedad, el artículo 591 del Código de Comercio prescribe: *“Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor”*

Que en este sentido nuestra Corte Suprema ha sido clara y tajante en la interpretación del artículo referido, resultando necesario la existencia de un diagnóstico médico fidedigno para que la situación se configure en los términos legales; así ha quedado asentado en diversas sentencias de nuestro máximo Tribunal, como lo es aquella dictada en causa Rol N° 9.176-2024 de fecha 21 de agosto de 2024, en cuyo considerando cuarto manifiesta: *“De ello se desprende que la preexistencia se configura cuando existe un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de una enfermedad; que esta aparece directamente relacionada con las intervenciones médicas y tratamientos por las que se pide extender la cobertura; y, además, que el asegurado tenga cabal conocimiento del pronóstico antes de la firma del contrato.”*, mismo razonamiento es planteado en fallo de causa Rol N° 20.462-2019 de fecha 08 de marzo de 2020.

UNDÉCIMO: Que, del examen de la sucesión de los hechos establecida en el considerando sexto, y la prueba documental allegada por ambas partes durante la tramitación del proceso, como también la llamada telefónica mediante la cual se celebró la contratación del seguro y a la que tuvo acceso esta Juez en la correspondiente audiencia de exhibición, es posible afirmar que a la fecha en que se contrató el mismo, es decir al día 19 de mayo de 2023, si bien la actora se encontraba realizando una serie de exámenes incluido aquel denominado “ecotomografía tiroidea”, el resultado del mismo se desconocía, produciéndose el diagnóstico de cáncer de tiroides recién el día 06 de junio de 2023, no configurándose por tanto la preexistencia alegada por la demandada, y por ende, no siendo posible acreditar el incumplimiento de las obligaciones por parte de la actora en los términos indicados por la aseguradora.

Que, a mayor abundamiento, es la misma demandada quien en las condiciones para activar y cobrar la cobertura oncológica, solicita que deber ser presentado al menos los exámenes médicos comprobatorios de diagnóstico de la enfermedad señalando al informe de biopsia como tal, examen que en el caso de marras fue recién realizado por la actora con fecha 22 de mayo de 2023, teniendo acceso al diagnóstico el día 23 de mayo del mismo año, no siendo coherente, por tanto, el considerar que con fecha 09 de mayo de 2023 la asegurada tenía pleno conocimiento o certeza del padecimiento de cáncer que la aquejaba, ni mucho menos haberle exigido entregar información con la que no contaba ni podía suponer, no siendo, por ende, procedente el rechazo del siniestro por las consideraciones de la aseguradora.

En razón de lo anterior, es posible tener por acreditado, a juicio de este juez, el hecho de haberse producido el siniestro en los términos denunciados por la demandante, puesto que ha quedado demostrado que la confirmación diagnóstica de cáncer a la tiroides se produjo con fecha 06 de junio de 2023, siendo, por tanto, posterior a la entrada en vigencia del contrato de seguro celebrado con fecha 19 de mayo de 2023, cuya cobertura comenzaba a regir desde el momento de su contratación.

DUODÉCIMO: Que, en relación al punto de prueba que apunta a la afectividad de haber sufrido los perjuicios alegados derivados del incumplimiento



Foja: 1

de las obligaciones por parte de la demandada, de conformidad al artículo 529 N° 2 de Código del Comercio y teniendo en consideración que dicho incumplimiento sí se ha acreditado en el caso de marras, desde que METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., se encontraba obligada a otorgar la respectiva cobertura del siniestro, de modo que al negarse el pago de la correspondiente cobertura asociada al seguro oncológico contratado, derivado del diagnóstico de cáncer a la tiroides de fecha 06 de junio de 2023, fundándose exclusivamente en la existencia de una preexistencia no declarada por parte de la paciente y asegurada titular del correspondiente seguro, alegaciones que fueron rechazadas en mérito de los argumentos latamente ya mencionados, incumplió su obligación contractual, mientras que el demandante dio cumplimiento íntegro a sus obligaciones, razón por la que se accederá a la demanda en cuanto se ordenara pagar la cobertura respectiva al haberse verificado el siniestro asegurado, esto es, 500 Unidades de Fomento en su equivalente en pesos a la fecha de su pago, más el respectivo reajuste correspondiente a la variación experimentada por el índice de precios al consumidor entre la fecha de esta sentencia y su pago efectivo, más intereses corrientes para operaciones reajustables desde que esta sentencia quede ejecutoriada, y hasta su íntegro pago.

DECIMO TERCERO: Que, establecida la existencia de un incumplimiento por parte de la demandada en su obligación de pagar a la actora la indemnización convenida, este se presume culpable por aplicación del principio establecido en el artículo 1547 del Código Civil, lo que trae aparejada la obligación de resarcir los perjuicios al reclamante.

DÉCIMO CUARTO: Que, las demás alegaciones y pruebas rendidas en autos por las partes y que no han sido analizadas en particular, en nada alteran lo razonado y concluido precedentemente.

Y de conformidad, además, con lo prevenido en los artículos 144, 160, 170, 254, 341, 342, 346 del Código de Procedimiento Civil, artículos 512, 524, 525, 529 y 591 del Código de Comercio, artículos 1698, 1545, 1547, 1556 del Código Civil; y demás normas pertinentes, se declara:

I. Que **SE ACOGE** la demanda interpuesta en folio 1 por el abogado don Gianfranco Guggiana Varas, en representación de doña MARIANA ELIZABETH DUPRE´ SAEZ, contra METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A, todos ya individualizados, en cuanto se ordena a la parte demandada principal dar cumplimiento al contrato de seguro denominado “seguro muerte accidental y cobertura oncológica” suscrito con fecha 19 de mayo de 2023, atendido diagnóstico de cáncer a la tiroides diagnosticado con fecha 06 de junio de 2023, debiendo por consiguiente pagar a la actora la cobertura pactada correspondiente a 500 unidades de fomento en su equivalente en pesos a la fecha de su pago efectivo con los intereses correspondientes, según lo expuesto en el considerando duodécimo de este fallo.

II. Que **no se condena** en costas a la parte demandada, por estimarse que litigo con motivo plausible.

Notifíquese, dese copia y archívese en su oportunidad.



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

Código: YGEXXSKCPJE

C-16-2024

Foja: 1

Sentencia dictada por don Iván Santander Valenzuela, Juez Suplente del Juzgado de Letras y Garantía de Carahue.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Carahue, trece de enero de dos mil veinticinco**



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

Código: YGEXXSKCPJE