

Señor = Juan Edmundo Avelar Olivares  
Ebro 2740, oficina 306, San Pedro  
Región Metropolitana 143 ciento cuarenta y tres  
**Causa Rol N°586.686.**

Materia: Infracción a la Ley N°19.496.

Rancagua, quince de noviembre de dos mil veinticinco.

**Vistos:**

Esta causa se inició a fojas 1 por querrela infraccional interpuesta por Juan Francisco Cuevas Farías, jubilado, domiciliado en calle Campos 363, piso 11, departamento 115, Rancagua, en contra de MetLife Chile Seguros de Vida S.A., representada por Gregorio Ruiz-Esquiade Sandoval, ambos domiciliados en Campos 423, local 4, piso 1, Rancagua, fundada en que el 8 de julio de 2016 contrató un seguro de renta diaria por hospitalización para optar por una institución de salud privada por proceso médico, seguro que contempla como tipos de siniestros el monto diario por hospitalización y monto diario por hospitalización UTI/UCI, por el que se pagará al asegurado que como consecuencia de una enfermedad o de un accidente quede hospitalizado por más de 24 horas continuas en un establecimiento hospitalario la suma de dinero establecida en su plan por cada día que permanezca hospitalizado mientras tenga vigente su seguro con un tope de 365 días. Contando en ambos casos de siniestro con 180 días corridos desde la fecha en que se toma conocimiento del siniestro. El contratante es Bancô Estado, el corredor Banco Estado Corredores de Seguros S.A. y como compañía aseguradora MetLife Chile Seguros de Vida S.A. Agrega que durante el 2022 fue diagnosticado con coleditiasis, teniendo que realizarse una colecistectomía el 28 de noviembre de 2022 en la Clínica Isamédica de Rancagua, siendo hospitalizado durante un día y dado de alta el 29 de noviembre del mismo año. Luego realizó el denuncia del siniestro ante MetLife siguiendo el procedimiento indicado en la póliza pero fue rechazado, negándose a costear el servicio, por lo que concurrió a Banco Estado, que envió un correo a MetLife entregando información respecto a su póliza, que se encontraba vigente y sin deuda de pago. El 14 de febrero de 2023 presentó reclamo ante Sernac, que el proveedor respondió indicando que no es posible acceder al pago por que no es posible determinar claramente el causante del siniestro, estando dispuestos en reconsiderar el rechazo debiendo enviar un certificado emitido por el recinto hospitalario

firmado y en original donde se indique claramente el diagnóstico que motivó la hospitalización, fecha de ingreso y egreso. El 1° de marzo de 2023 presentó un nuevo reclamo ante Sernac dirigido en contra de la misma aseguradora, adjuntando la epicrisis asociada a su procedimiento incluyendo todos los datos solicitados, diagnóstico, descripción del procedimiento asociado al mismo, fecha de ingreso y egreso emitida por la clínica Isamédica y firma de la institución, siendo el documento un escáner del documento original. El 9 de marzo de 2023 el proveedor respondió solicitando el mismo documento e indicando que una vez recepcionado el documento requerido se podrá concluir con el proceso de liquidación, rechazando el reclamo. Sostiene el querellante que la epicrisis contiene esos datos, por lo que esa información ya se encuentra en poder del proveedor. Afirma que por lo anterior tuvo que realizar la cancelación de la suma de \$211.397. Tales hechos, afirma el querellante, infringen la ley 19.496, artículo 3° letra b) y e) por lo antes expuesto; 12 porque las condiciones de entrega acordadas con el proveedor no fueron respetadas, ya que se acordó que la cobertura incluía el siniestro denunciado pero aún no puede producirse su liquidación, por exigir la entrega de documentos por su parte; 13, por las mismas razones; y 23 ya que es irrefutable que el proveedor actuó con negligencia al no revisar correctamente los documentos enviados, refiriéndose a otra persona en la respuesta a su propio reclamo, no siendo diligentes en solucionar su problema lo que le ha causado gran menoscabo. Por lo anterior, solicita se condene al proveedor al máximo de las multas legales, con costas.

A fojas 43 Juan Francisco Cuevas Farías deduce demanda de indemnización de perjuicios en contra del mismo proveedor querellado, fundada en los hechos antes expuestos, que afirma le han ocasionado perjuicios, que avalúa por daño emergente en \$211.398, que corresponde al desembolso que tuvo que realizar por la atención recibida en clínica Isamédica; y \$1.500.000 por daño moral, configurado por el menoscabo o detrimento no patrimonial que afecta la integridad psíquica del individuo, como la alteración en la tranquilidad de espíritu, molestias personales, inversión de tiempo en la solución de un problema, no cumplimiento de las expectativas ofrecidas, impotencia, frustración o enojo a causa de un hecho determinado. Todo más reajustes, intereses y costas.

A fojas 52 la querellante señaló como representante de la querellada a Paz Celsi Inostroza.

A fojas 86 rola el acta del comparendo de contestación y prueba, en el cual la parte querellada y demandada interpuso incidente de previo y especial pronunciamiento de falta de jurisprudencia y/o de competencia del tribunal, solicitando que el tribunal se abstenga de seguir conociendo del asunto y ordenando sea conocido por el tribunal competente, ya que sostiene que existe uno especialmente llamado a resolver la cuestión litigiosa conforme al artículo 543 del Código de Comercio, que se aplica de manera imperativa, conforme al artículo 542 del mismo código y 22 N°1 de la ley sobre efecto retroactivo de las leyes. Conforme a la disposición citada hay una única excepción al procedimiento arbitral, consistente en el envío a la justicia ordinaria del conocimiento del asunto controvertido en materia de seguros cuando ha existido un siniestro y conflicto y éste genera un reclamación igual o menor a 10.000 unidades de fomento. Sostiene que los juzgados de policía local no integran ni invisten la calidad de tribunal ordinario de justicia conforme a lo dispuesto en el artículo 5° del Código Orgánico de Tribunales. Agrega que no puede tener aplicación la ley 19.496 porque conforme a su artículo 2 bis sus normas no son aplicables respecto de aquellas actividades que contengan un proceso reguladas por leyes especiales, salvo los casos de excepción sancionadas por ese mismo artículo, que no concurren porque las materias discutidas están expresamente reguladas por la ley 20.667; no está comprometido el interés colectivo o difuso de los consumidores y en el Código de Comercio se contempla un proceso indemnizatorio al cual debe ceñirse obligadamente el denunciante. Invoca jurisprudencia. En subsidio, sostiene la falta de competencia de este tribunal en razón de la materia, ya que ni la ley ni el contrato de seguro que vincula a las partes han colocado dentro de la esfera de competencia de un juez de policía local el conocimiento de una controversia entre ellos sino que lo acordado es que cualquier controversia entre las partes sea resuelta por un tribunal arbitral regulado en su nombramiento y atribuciones y en subsidio la justicia ordinaria. Lo anterior según los artículos 111 y 112 del CPC (sic), así como en los artículos 2 y 2 bis de la Ley N°19.496 y sus modificaciones. Afirma que el tribunal competente establecido en materia de solución de conflictos en materia de solución de conflictos de seguros no es el juzgado de policía local, sino que aquel dispuesto en el artículo 543 del Código de Comercio que además es especial en los términos de las precitadas normas. Invoca y acompaña jurisprudencia y documento.

A fojas 87 la parte querellante contestó el incidente de falta de jurisdicción y/o competencia, sosteniendo la existencia en el ordenamiento jurídico de un sistema dual en la regulación respecto de seguros y su tratamiento frente a incumplimientos y/o controversias que se puedan presentar entre el asegurado, contratante o el beneficiario según corresponda y a aseguradora o ente con el cual se suscribió el contrato objeto de dicho conflicto, existiendo un procedimiento arraigado en el artículo 543 del Código de Comercio, que confiere la competencia a la justicia arbitral y en casos calificados se puede recurrir directamente a la justicia ordinaria. Afirma que la ley ha establecido un procedimiento general, más expedito y menos gravoso en la ley 19.496 que en materia de seguros señala que al presentarse una disputa entre las partes, el consumidor podrá recurrir a los procedimientos que la ley designe, de acuerdo con el artículo 50 letra A de esa ley, ante el juzgado de policía local. Invoca jurisprudencia para sostener la existencia de una desigualdad en la contratación de un seguro de vida, que es primordialmente un seguro de adhesión, que exige la utilización de un procedimiento que pueda equiparar la presencia de ambas partes en un espacio donde exista un resguardo efectivo de la igualdad procesal y las garantías propias del demandante, generando una instancia equitativa y corrigiendo la disparidad, junto con garantizar la tutela efectiva de los derechos de los consumidores. Agrega que el Código de Comercio no contempla a los contratantes de seguros como consumidores, por lo que el cuerpo legal que debe primar al momento de resolver controversias que se presenten entre ellos es la ley 19.496, pues el tratamiento que obtiene el contratante de un seguro es el mero consumidor, quedando amparado por los derechos que en tal calidad ostenta. Además que el monto reclamado en este caso es inferior a 10.000 unidades de fomento, por lo que de acuerdo con el artículo 543 del Código de Comercio queda a elección del asegurado la opción para reclamar ante la justicia ordinaria, la que no es otra que la de policía local. La ley 19.496 otorga una correcta y eficaz tutela de los derechos de los consumidores, por lo que frente a la relación de asimetría existente entre éstos y los proveedores, establece procedimientos para obtener su debida protección, por lo que sustraer las controversias en materias de seguros de la aplicación de sus normas generaría una inequidad entre los contratantes, contraviniendo su objetivo y espíritu. Además siendo el contrato de seguro de adhesión, rige el artículo 16 letra H de la Ley 19.496, que dispone que no producen efecto las

cláusulas y estipulaciones que limiten los medios a través de los cuales los consumidores puedan hacer valer sus derechos conforme a ley, por lo que tener que desembolsar una suma mayor a la cuantía reclamada para poder resolver sobre el asunto constituye una barrera clara por la aseguradora de frenar cualquier reclamación de los derechos de su parte. Indica además los artículos 2° bis letra a) y c), 50, 50 A, 13 y 23 de la Ley N° 19.496 y solicita se rechace el incidente de falta de jurisdicción e incompetencia planteado por la contraria.

A fojas 140 rola el acta de continuación del comparendo de contestación y prueba, en el cual la parte querellada y demandada contestó por escrito el libelo interpuesto en su contra, negando que su parte haya tenido responsabilidad en los hechos que se le imputan, refutándolos. Reconoce que el 8 de julio de 2016 el actor suscribió un seguro, contratado en póliza 492000177 del Banco Estado y que el 5 de noviembre de 2022 se recepcionó el denuncia del siniestro ocurrido el 28 de noviembre de 2022, por "Diagnóstico Operación Vesícula Biliar Grave provocando una pancreatitis". Niega que su parte haya infringido sus obligaciones contractuales materializadas en las condiciones particulares y generales evidencias en la póliza de seguros, además de las indicadas en el Título VII del Libro II del Código de Comercio, del contrato de seguros. Afirma que el siniestro no se encuentra amparado en las condiciones de la póliza contratada, lo que se ha constatado a partir del proceso de liquidación que ha cumplido con todos los requisitos del Decreto Supremo 1055. El contrato de seguro no implica un derecho inherente a la indemnización, sino que requiere que exista un siniestro cubierto por la póliza y que no se encuentre excluido. Cita el artículo 529 N°2 del Código de Comercio y que la póliza señala que otorgará cobertura al asegurado si durante la vigencia de la póliza se le diagnostica por primera vez o si se somete a una intervención quirúrgica con motivo de cáncer, cirugía de válvulas cardíacas, accidente vascular cerebral, revascularización coronaria, enfermedades cardíacas o renales, angioplastia por balón, injerto aórtico, por lo que al no estar la enfermedad denunciada por el actor dentro de aquella lista no tiene derecho alguno ya que no se ha producido un siniestro conforme a la póliza. Por lo anterior y conforme al artículo 521 del mismo código la obligación de indemnizar es una obligación condicional para el asegurador, por lo que no puede indemnizar un riesgo que justificadamente no tiene obligación de cubrir. Agrega que ha cumplido el Decreto Supremo 1055, conforme a los

principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso. Asimismo sostiene la inexistencia de responsabilidad de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. a la luz de las disposiciones de la ley 19.496, respecto de los artículos 3° inciso b y 12, ya que el siniestro carece de cobertura y el procedimiento de liquidación se llevó a cabo de forma impecable; en cuanto al artículo 23, su parte ha obrado en todo momento como buen padre familia porque una vez recibida la denuncia le comunicó al querellante que realizaría la liquidación la que se realizó cumpliendo todos los requerimientos legales. Además, el menoscabo del consumidor no es causal suficiente para dar por acreditado el incumplimiento de la ley, sino que debe producirse por negligencia por parte del proveedor, lo que su parte descarta. Sostiene que la carga de la prueba le corresponde al actor conforme al artículo 1698 del Código Civil y 50 H que establece el principio dinámico de la prueba, debiendo probar las supuestas infracciones cometidas por su parte. En subsidio, solicita la aplicación de atenuante calificada de responsabilidad, conforme al artículo 24 letra d) de la ley 19.496, al no haber sido condenada anteriormente por la misma infracción durante los últimos treinta y seis meses o dieciocho meses para el caso que indica. Por lo anterior, solicita se niegue lugar a la querrela. En cuanto a la demanda, solicita su rechazo, con costas, por los fundamentos anteriores y porque no se advierte la existencia de perjuicio alguno ya que el siniestro fue rechazado por no ser objeto de cobertura. El daño material debe ser probado por el actor conforme a la norma citada y el daño moral no puede ser responsabilidad de su parte porque ejecutó el contrato como corresponde. En subsidio, solicita se valúen los perjuicios hasta la cantidad que la demandante sea capaz de acreditar. Afirma la ausencia de elementos de responsabilidad que indica. Ni el daño ni la responsabilidad deben presumirse y en cuanto a los daños el demandante deberá explicar y justificarlos. Sostiene que no existió un daño de aquel tipo o clase que justifique que se deba pagar indemnización alguna y por lo tanto la pretensión del actor ha de ser desechada en todas sus partes y no existe relación de causalidad.

Se rindió prueba documental por ambas partes.

A fojas 142 se decretó "Autos para fallo".

**Considerando:**

**En cuanto al incidente de falta de jurisdicción y/o de competencia del Tribunal:**

**Primero:** Que para resolver la incidencia planteada por la parte querellada, se tendrá en consideración lo resuelto recientemente por nuestro superior jerárquico, Ilustrísima Corte de Apelaciones de Rancagua, en una causa referida también a materia de seguros, Rol I. Corte 169-2022-Policía Local, en que el 12 de enero de 2023 resolvió que nuestro ordenamiento jurídico, actualmente, ha considerado la existencia de un sistema dual para conocer los conflictos que se susciten entre el asegurado, el contratante o el beneficiario según corresponda y el asegurador, sea en relación con la validez o eficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de la indemnización reclamada. El primero de éstos, reconocido en el artículo 543 (del Código de Comercio), y que otorga competencia a la justicia arbitral para dirimir el conflicto; el segundo, de carácter general, previsto en la Ley 19.496, en donde el asegurado se considera como un mero consumidor, y por lo tanto, puede recurrir a esta justicia común para resolver su conflicto. Para estos efectos la doctrina ha estimado que el consumidor queda mejor protegido en el contexto de un procedimiento más rápido, eficaz y menos oneroso para dirimir su asunto, el que además equilibra de mejor forma la natural asimetría de poder ante una compañía de seguros dotada de mejores recursos y condiciones para litigar, y en este sentido, la ley del consumidor deja a ambas partes en un mejor pie de igualdad (Corte de Apelaciones de Santiago, Rol 1722-2018).

**Segundo:** Que concordando con la resolución precedente, así como teniendo a la vista el principio pro consumidor consagrado en el artículo 2 ter de la Ley N°19.496, que dispone que sus normas se interpretarán siempre en favor de los consumidores, de lo que se deriva que la controversia planteada debe quedar sujeta a un procedimiento que ponga a las partes en una posición de equilibrio, el cual es precisamente el establecido en sus normas, se rechazará la incidencia planteada por la parte querellada.

**En cuanto a lo Contravencional:**

**Tercero:** Que no hay discusión entre las partes que entre ellas se celebró el 8 de julio de 2016 un contrato de seguro. Así por lo demás consta en el documento que rola a fojas 12 y 13 “Seguro Renta Diaria por Hospitalización” de tal fecha, acompañado por el querellante, en que figura como titular Juan Francisco Cuevas Farías y BancoEstado Corredores de Seguros y se señala como cobertura que “se pagará al asegurado que, como

consecuencia de una enfermedad o de un accidente, quede hospitalizado por más de 24 horas continuas en un establecimiento hospitalario la suma de dinero establecida en su plan por cada día que permanezca hospitalizado mientras tenga vigente su seguro con un tope de 365 días. Refiere a la póliza 3 2013 0085 y CAD mismo número. Las condiciones del seguro se encuentran detalladas en la propuesta seguro renta diaria por hospitalización.

**Cuarto:** Que el querellante afirma que durante el 2022 fue diagnosticado con coleditiasis, teniendo que realizarse una colecistectomía el 28 de noviembre de 2022 en la Clínica Isamédica de Rancagua, siendo hospitalizado durante un día y dado de alta el 29 de noviembre. En prueba de ello acompañó en lo relevante: **1)** Epicrisis de 13 de enero de 2023, extendido por Almau Trenard Héctor, médico, Clínica Isamédica, a nombre de Juan Francisco Cuevas Farías, en que se indica que ingresó para procedimiento electivo, practicándosele colecistectomía laparoscópica, fecha de ingreso 28 de noviembre de 2022 y de alta 29 de noviembre de 2022 (fojas 11); **2)** Documento extendido por Clínica Isamédica el 15 de noviembre de 2022 en que se le diagnosticó a Juan Cuevas Colecistopatía crónica litiásica (fojas 29 y 30); **3)** Detalle cuenta por N°orden Agrupación extendido por la misma clínica el 5 de diciembre de 2022 a nombre de Juan Cuevas, fecha de ingreso 28 de noviembre de 2022 y de alta el 29 del mismo mes. Total cuenta \$1.613.080.

**Quinto:** Que por su parte la querellada acompañó en lo relevante los siguientes documentos: **1)** Rechazo de siniestro de Juan Francisco Cuevas Farías, de 7 de diciembre de 2022, extendido por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. adjuntando informe de liquidación, en el que en “condiciones generales” refiere a la POL 3 2013 0507 y señala que el asegurado suscribió un seguro contratado en póliza N°492000177 y que la causa de su siniestro denunciado el 5 de diciembre de 2022 ocurrió el 28 de diciembre de 2022 (coincidente con el documento acompañado por el actor) es “diagnóstico operación vesícula biliar grave provocando una pancreatitis” y se concluye que por las condiciones de la póliza se rechaza la cobertura reclamada ya que la patología presentada no tiene cobertura, por no estar en la lista que indica de enfermedades o de cirugías (fojas 107 y 108); **2)** Informe de liquidación de siniestro extendido por MetLife el 23 de diciembre de 2022 dirigido a Juan Francisco Cuevas Farías adjuntando informe de liquidación de siniestro “operación de vesícula biliar laparoscopia clínica, informando



su rechazo porque "Morales Guerra Pedro" no registra seguros contratados con la compañía (fojas 109 a 110); **3)** Informe remitido por MetLife a Francisco Cuevas indicándole que la liquidación del siniestro N°2606177 se encuentra pendiente debido a que los antecedentes que obran en su poder son insuficientes para su resolución, solicitando documentación que indica (fojas 111); **4)** Póliza de seguro colectivo, muerte accidental, invalidez accidental y enfermedades graves para clientes de Banco Estado seguro máxima protección, códigos Pol 2 2013 0163, CAD 3 2013 0167, CAD 3 2013 0193, POL 3 2013 0507 y CAD 2 2017 0015 en que figuran como contratante dicho banco, como asegurador MetLife Chile Seguros de Vida S.A., intermediario BancoEstado Corredores de Seguros S.A. Los asegurados serán los clientes del banco que hayan solicitado su incorporación y cumplan requisitos. En el apartado "Enfermedades Graves", indica que la aseguradora pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares si dentro de la vigencia individual del asegurado en la póliza se le diagnostica por primera vez una enfermedad o es sometido a una intervención quirúrgica de aquellas cubiertas por la póliza según detalla, lo que debe acreditar según se expone en el apartado correspondiente con exámenes médicos comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad y epicrisis o informes médicos donde se indique el diagnóstico de la enfermedad y la fecha del diagnóstico, pudiendo solicitar documentación adicional (fojas 113 a 121 vuelta); **5)** Póliza de seguro colectivo Seguro Renta Diaria por Hospitalización, referida a los códigos POL 3 2013 0085 y CAD 3 2013 0088 (referidos en el considerando tercero), entre las mismas partes y similares términos antes expuestos. Se establece que se pagará al asegurado hospitalizado por más de 24 horas continuas, a causa de accidente o enfermedad ocurrido durante la vigencia de esta póliza, el monto diario indicado en esas condiciones particulares, según plan contratado, con un tope de 365 días por hospitalización, contados desde su inicio hasta su término, debiendo la enfermedad que da origen a un siniestro haberse diagnosticado durante la vigencia de la póliza. Su artículo 7° letra B establece que para la cobertura de renta diaria por hospitalización por enfermedad rigen sólo las exclusiones establecidas en el artículo 4° de la cláusula adicional depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código CAD 3 2013 008, las que detalla.

**Sexto:** Que de toda la documentación precedentemente detallada se puede concluir con claridad meridiana que el seguro renta diaria por

hospitalización se encuentra regulado en las condiciones generales contenidas en la póliza 3 2013 0085 y CAD 3 2013 0088, más sus condiciones particulares que rolan en autos, de las que se desprende que las exclusiones para la cobertura de renta diaria por hospitalización por enfermedad son sólo aquellas establecidas en su artículo N°7 letra B), dentro de las cuales no se encuentra aquella por la cual fue hospitalizado e intervenido el querellante Juan Francisco Cuevas Farías. Las condiciones y exclusiones señaladas en las otras pólizas acompañadas y condiciones generales no resultan atingentes, puesto que no hay claridad que ellas hayan sido efectivamente contratadas por el querellante, ni menos que tales cláusulas sean pertinentes de aplicar específicamente para el caso de un siniestro como el denunciado por el actor, que como está dicho se puede concluir se encuentra regulado por aquellas condiciones y póliza antes indicadas.

**Séptimo:** Que por lo anterior, puede concluirse que el rechazo a la cobertura del siniestro denunciado por el querellante resultaba del todo improcedente por parte de la querellada MetLife, puesto que injustificadamente no indemnizó el siniestro cubierto por la póliza, incumpliendo la obligación impuesta por el artículo 592 N°2) del Código de Comercio, y en consecuencia no respetó los términos y condiciones del contrato de seguro vigente entre las partes, infringiendo con ello el artículo 12 de la Ley N°19.496, motivo por el cual será sancionado al pago de una multa cuyo monto se señalará en lo resolutivo.

**En cuanto a lo Civil:**

**Octavo:** Que concluyéndose que existe responsabilidad infraccional por parte de la querellada y demandada, resultará procedente acoger las pretensiones civiles interpuestas en su contra, en la medida que el demandante haya acreditado los perjuicios reclamados y que éstos se derivan de la infracción por la cual aquella será condenada.

**Noveno:** Que el demandante solicita en primer término el resarcimiento del daño emergente, correspondiente al desembolso que tuvo que realizar por la atención recibida en Clínica Isamédica que señala asciende a \$211.398. Analizando la procedencia de la indemnización reclamada, si bien el demandante acompañó un detalle de cuenta extendido por la Clínica Isamédica por las prestaciones de salud realizadas entre el 28 y 29 de noviembre de 2022, no ha acompañado documento que acredite que tal como sostiene, efectuó el pago de la suma reclamada. Las copias de bonos

y de cuenta pagada acompañadas por el demandante no dicen relación con el monto reclamado y son de fecha anterior a la de su hospitalización. Por tales motivos esta pretensión será rechazada.

**Décimo:** Que el demandante reclama también la indemnización del daño moral, por los fundamentos señalados en lo expositivo. En cuanto a este perjuicio, teniendo en consideración que es de presumir que las motivaciones para contratar un seguro son afrontar con tranquilidad riesgos futuros, el hecho que la demandada se haya negado a indemnizar el siniestro sufrido por Juan Cuevas Farías, sin duda tiene que haberle ocasionado a éste frustración y molestias, que es de presumir perduraron en el tiempo, sumado al tiempo ocupado en efectuar reclamos tanto ante el banco como ante el Servicio Nacional del Consumidor, lo que consta en la documentación presentada, además de tener que incoar este juicio, configurándose un perjuicio a su integridad psíquica, de orden extrapatrimonial, que este Tribunal avalúa prudencialmente en la suma de \$1.500.000, coincidiendo con el monto reclamado por el demandante.

**Undécimo:** Que al no acogerse la indemnización del daño emergente y valuándose prudencialmente el daño moral en este fallo, se rechazarán los reajustes e intereses solicitados.

**Duodécimo:** Que la restante prueba documental rendida en autos no altera las conclusiones precedentes, por lo que destinarle mayor análisis resultaría inoficioso.

Y visto además, lo dispuesto en los artículos 1°, 2°, 3°, 12, 23, 24, 50 y demás pertinentes de la Ley N°19.496; 1°, 14, 17 y demás pertinentes de la Ley N°18.287; y 55 de la Ley N°15.231,

**Se declara:**

a) Que se rechaza el incidente de falta de jurisdicción y/o de competencia planteada por la querellada y demandada en lo principal de su escrito de fojas 81;

b) Que se acoge la querrela interpuesta en lo principal de su escrito de fojas 1 por **Juan Francisco Cuevas Farías** en contra de **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**, representada en autos por **Francisca Celedón Solervicens**, en cuanto se condena a la querellada, por infracción al artículo 12 de la Ley N°19.496, al pago de una multa de **Diez (10) Unidades Tributarias Mensuales**, valor vigente a la fecha en que se efectúe el pago y a beneficio municipal;

c) Que ha lugar a la demanda interpuesta en lo principal del escrito de fojas 43 por **Juan Francisco Cuevas Farías** en contra de **MetLife Chile Seguros de Vida S.A.**, representada en autos por **Francisca Celedón Solervicens**, sólo en cuanto se condena a la demandada a pagarle al demandante, por concepto de daño moral, la suma de **\$1.500.000.- (Un millón quinientos mil pesos)**;

d) Que se rechaza la demanda en cuanto solicita la indemnización del daño emergente y la aplicación de reajustes e intereses;

e) Que no se condena en costas a la parte querellada y demandada por no resultar completamente vencida;

f) Si la parte condenada no pagare la multa dentro del término legal sufrirá, por vía de sustitución y apremio, la reclusión nocturna a razón de una noche por cada quinto de unidad tributaria mensual, sin exceder de quince noches.

Notifíquese, cúmplase y oportunamente, comuníquese y archívese.

Ramiro  
Roberto  
Galaz Garay

Firmado digitalmente  
por Ramiro Roberto  
Galaz Garay  
Fecha: 2024.11.15  
10:40:02 -03'00'

Sentencia dictada por don **Ramiro Galaz Garay**, Juez del Primer Juzgado de Policía Local de Rancagua. Autoriza el Secretario Abogado Armando Bastías Parraguez.

Armando  
Javier Bastías  
Parraguez

Firmado digitalmente  
por Armando Javier  
Bastías Parraguez  
Fecha: 2024.11.15  
10:40:23 -03'00'



10 DIC. 2024

**ARMANDO BASTIAS PARRAGUEZ**  
Secretario Abogado