

NOMENCLATURA	: 1. [40]Sentencia
JUZGADO	: 22º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL	: C-13514-2020
CARATULADO	: ORMEÑO/METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA
S.A	

Santiago, cinco de Septiembre de dos mil veintidós

**VISTO:**

A folio 1, complementado a folio 6, comparece Jorge Edgardo Malschafsky Vera, abogado, domiciliado en La Capitanía N°1076, comuna de las Condes, en representación de doña **ESTER OLIVIA ORMEÑO SWANECK**, del mismo domicilio, deduciendo demanda de cumplimiento de contrato de seguro e indemnización de perjuicios, en procedimiento ordinario de mayor cuantía, en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad del giro de su denominación, con domicilio en Agustinas N°640 Of. Piso 1, comuna de Santiago, representada legalmente por don Andrés Fernando Merino Cangas, gerente general, “o la persona que haga de tal”, de su mismo domicilio.

Funda su demanda, en que el día 01 de septiembre del año 2012, el entonces empleador de la actora era Servicios Compartidos CMPC S.A., empresa que celebró con Metlife Chile Seguros De Vida S.A., un contrato colectivo de seguro de Vida, N°340006437, y cuya cobertura se regía por las Condiciones Generales de la Póliza, incorporada al depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 220130163.

Explica que en dicho contexto, la actora se encontraba asegurada con la cobertura de fallecimiento y con la cobertura de Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios (CAD 320130165). Específicamente, indica que los riesgos cubiertos en dicha póliza son: Fallecimiento 3.000 UF, Muerte accidental 3.000 UF e Invalidez Permanente de 2/3 3.000 UF, caso en el cual la beneficiaria para el pago



**Foja: 1**

sería la propia actora, en razón de ser la asegurada titular.

Así las cosas, señala que el día 23 de diciembre del año 2015, la actora fue evaluada por la comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN), institución que le reconoció una invalidez total y definitiva de un 70% por diagnóstico de un grado global de discapacidad severa, causa principal mental psíquica y causas secundarias física y sensorial auditivo, todo lo anterior mediante resolución exenta N° 131/9/1372/15. Sostiene que lo anterior habría configurado el siniestro cubierto por la póliza, ya que la actora tenía una incapacidad permanente sobre los 2/3 exigidos por ésta.

A mayor abundamiento, indica que la aseguradora Banchile Seguros de Vida S.A. aceptó la declaración del COMPIN, liquidando y pagando otro seguro contratado, sobre la base de idénticos supuestos fácticos a los invocados ante la demandada.

En razón de lo anterior, señala que el día 15 de enero del año 2016, la actora presentó formulario de declaración de siniestro a la Compañía de seguros Metlife, entregando toda la documentación solicitada. Sin embargo, indica que el día 28 de abril del año 2016, se le informó que necesitaba aumentar antecedentes médicos, poniendo en duda la declaración de discapacidad evacuada por el COMPIN.

Añade que el día 13 de septiembre del año del 2016, la Compañía de Seguros emitió un informe de apelación de rechazo del siniestro, decisión que se puso en conocimiento de la actora mediante correo electrónico con fecha 22 de septiembre del año 2016, N° de póliza 340006437, N° de siniestro 1027486 de fecha 13 de septiembre de 2016; rechazo que se fundó en que el impedimento mental de la asegurada no se encontraba configurado, en cuanto no cumplía con los requisitos del algoritmo número 3 de la guía clínica Auge de depresión en personas de 15 años y más del MINSAL 2013.

Debido a lo anterior, indica que ha existido abuso y arbitrariedad de parte de la demandada, quien bajo una interpretación errada y arbitraria acerca de la ocurrencia del siniestro, lo ha rechazado, sin que la actora pueda obtener la justa indemnización preestablecida en la póliza.



**Foja: 1**

Añade que en octubre de 2016 realizó un reclamo en la Superintendencia de Valores y Seguros, la cual resolvió con fecha 10 de noviembre de 2016 que no podría resolver el asunto de hecho relativo al grado de discapacidad que afectaría a la actora, mediante un reclamo administrativo, indicando que la actora debía hacer valer sus acciones por la vía judicial. Más tarde, señala haber intentado un segundo reclamo a la entonces CMF, la que resolvió con fecha 01 de febrero de 2018 que no era posible innovar a la resuelto anteriormente, al no haberse presentado nuevos antecedentes.

Así, previas citas legales, sostiene que la demandada ha incumplido el contrato de seguro objeto de la litis, e invoca haber experimentado daño emergente y daño moral. Al respecto, vincula el daño emergente a las 3.000 UF correspondientes al capital asegurado por la póliza reseñada, que le habría correspondido percibir a la actora en razón del siniestro verificado y no indemnizado por la demandada; y vincula el daño moral con el sufrimiento y empeoramiento de su enfermedad, verificado a raíz del rechazo de la indemnización por parte de la demandada, daño moral que avalúa en la suma de \$15.000.000.-

En razón de lo anterior, es que viene en solicitar que en definitiva:

a) Se declare la existencia de un contrato de seguros, entre la demandada y la actora;

b) Se declare el incumplimiento por parte de la demandada respecto del contrato de seguros, por no pagar la cobertura de invalidez total y permanente de 2/3;

c) Se ordene el pago de la indemnización pretendida, correspondientes a un daño emergente ascendente a 3.000 UF, cuya conversión de UF a moneda de curso legal con fecha 31 de agosto de 2020, ascendía a la suma de \$86.038.350; y a un daño Moral avaluado en la suma de \$15.000.000.-

d) Se condene a la demandada al pago de las costas del juicio, con los máximos reajustes e intereses legales (sic).



Foja: 1

**A folio 17**, consta notificación personal subsidiaria practicada a la demandada, con fecha 25 de noviembre de 2020.

**A folio 18**, la demandada **contestó la demanda** intentada en su contra, solicitando su rechazo, con costas.

En primer lugar, opone la excepción de prescripción extintiva de las acciones de autos, fundada en lo preceptuado por el artículo 541 del Código de Comercio, en cuanto establece que las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva, y que “*fuerza de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto*”.

En razón de lo anterior, indica que el plazo de prescripción extintiva de cuatro años se cuenta desde la fecha de la carta de respuesta de la impugnación del informe de liquidación, esto es, desde el 13 de septiembre de 2016, por lo que éste expira provocando la prescripción de las acciones del demandante el 13 de septiembre de 2020. Hace presente que su parte ha sido notificada recién el 25 de noviembre de 2020, dos meses y algunos días después del vencimiento del plazo de prescripción, por lo que, en virtud a lo dispuesto en los artículos 2.518 en relación al artículo 2.503 ambos del Código Civil, y en razón de los señalados en el artículo 541 del Código de Comercio, la acción de cumplimiento forzado no puede prosperar por encontrarse enteramente prescrita.

**En subsidio** de lo anterior, viene en solicitar el rechazo de la demanda fundado en que en la especie no se ha configurado el siniestro de invalidez cubierto por la póliza de Metlife, número 340006437, aduciendo que ni la resolución del COMPIN ni la decisión autónoma de Banchile Seguros de Vida vinculan a Metlife ni la obligan a acoger el siniestro del que tiene fundamentos convincentes para señalar que carece de cobertura.

Al respecto, invoca la redacción de diversas cláusulas del contrato suscrito entre las partes, entre estas, el Artículo 1º de la Cláusula adicional de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente



**Foja: 1**

dos tercios; y el artículo 8º de la misma cláusula adicional, cuyo penúltimo inciso establecería que “*La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la Compañía Aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro, pero no tendrá carácter vinculante*”.

Así, señala que la demandada, en ejercicio de su autonomía determinada por el contrato suscrito entre las partes, estimó que el siniestro denunciado no configuraba la invalidez cubierta por la póliza. A este respecto, explica que de conformidad con las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional, la invalidez debe entenderse configurada cuando (i) Es objetiva, esto es, médicaamente validada; (ii) Es demostrable clínicamente por medios de laboratorio, pruebas funcionales o imagenología; (iii) Se hayan efectuado medidas generales y terapias médicas o quirúrgicas accesibles por el evaluado; (iv) Que la condición médica se haya estabilizado o se esté agravando sin que existan tratamientos accesibles que permitan revertirla; y (v) Que los períodos de observación clínica indicados por norma estén cumplidos.

Así, indica que cada una de las etapas antes mencionadas se encuentran descritas y organizadas en flujogramas y algoritmos de atención en la Guía Clínica Auge sobre Depresión en personas de 15 años y más del Ministerio de Salud, Minsal, del año 2013, cuyo propósito es permitir una mejor atención de salud a la depresión a través de una detección precoz, disminución de las complicaciones y favorecer el uso adecuado de recursos, todo ello para la sanación del enfermo.

Con todo, señala que la demandante no completaba el algoritmo 3 de la referida Guía, con lo cual se establecía que no teniendo el trastorno depresivo síntomas psicóticos, su tratamiento es optimizable y, por lo tanto, no se había configurado la invalidez mental permanente y con ello la aplicación de la cobertura; o en otras palabras, aún no se completaba todo el período de observación y tratamiento del demandante. Al respecto, hace presente que la póliza de autos cubre la invalidez “total” y “permanente”, por tanto, de existir la posibilidad de que disminuya o desaparezca el



**Foja: 1**

impedimento, el carácter permanente del padecimiento desaparece, junto a los presupuestos de la cobertura, lo que constituiría motivo suficiente para desestimar la demanda.

Finalmente, en lo que respecta al daño moral invocado por la actora, indica que ésta no especifica la demandante, los hechos y circunstancias que determinan el daño moral sufrido más que el supuesto incumplimiento contractual de parte de Metlife. En estos términos, indica que la demanda de indemnización de perjuicios morales es improcedente, por cuanto no concurre elemento alguno que haya dado nacimiento a perjuicios de naturaleza moral, y en tanto su avalúo es desproporcionado.

**A folio 28**, la demandante **evacúa la réplica**, reiterando todos y cada uno de los hechos y fundamentos expuestos en el escrito de demanda de autos.

En cuanto a la excepción de prescripción, señala ser efectivo que el plazo aplicable en la especie es de 4 años, y que el mismo debe computarse a contar del día 13 de septiembre de 2016, completándose dicho plazo el día 13 de septiembre de 2020. Sin embargo, sostiene que en la especie la acción de autos no está prescrita, atendido el mérito del artículo 8º de la Ley N°21.226, conforme al cual se entenderá interrumpida la prescripción por la sola presentación de la demanda. Así, habiéndose presentado la demanda el día 31 de agosto de 2020, se habría interrumpido el plazo de prescripción, determinando que la acción en la especie no se encuentre prescrita.

En cuanto a la defensa subsidiaria fundada en que no se habría configurado el siniestro de invalidez, indica que el artículo 3º del contrato establece ciertas exclusiones, supuestos en los cuales la aseguradora no cubrirá los siniestros denunciados, explicando que en la especie no se verifica ninguno de aquellos supuestos no indemnizables. Añade que la invalidez permanente y total de 2/3 fue declarada por el COMPIN, motivo por el cual la demandada debió adoptar igual resolución que el órgano reseñado; y sostiene que, pese a la autonomía de Metlife en la calificación del siniestro, la demandada efectuó una interpretación errada, injusta y arbitraria del mismo, lo que le ha impedido obtener una justa



Foja: 1  
indemnización.

En esta dirección, aclara que su parte padece una depresión mayor severa en trastorno depresivo recurrente crónico, padecimiento que no es optimizable. Además, indica que la demandada solo se hizo cargo del origen invalidante mental/psíquico en el rechazo de la cobertura, sin pronunciarse sobre los orígenes invalidantes secundarios sensorial físico y sensorial auditivo: en cuanto al sensorial auditivo, explica que la actora padece Tinnitus Bilateral, Neuritis Vestibular de carácter crónico, hidropesía endolinfática las que producen un síndrome vertiginoso recurrente, e hipoacusia neurosensorial; y en cuanto al sensorial físico, explica que padecía al momento de presentar la denuncia por el siniestro, una lesión en el menisco izquierdo, artrosis de rodilla, espondiloartrosis lumbar, osteoporosis en columna vertebral y efluvio telógeno agudo, y que actualmente padece diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y pérdidas de piezas dentales por bruxismo.

En definitiva, indica que la demandada no tomó en consideración todas las enfermedades que padece la actora, en su totalidad, y señala que son todas ellas las que configuran y determinan el porcentaje global de discapacidad declarado por el COMPIN.

Además, agrega que la demandada no tomó en consideración la edad de la actora al momento del siniestro, indicando que ésta tenía 63 años de edad, y que a los 63 años y medio de edad, la invalidez es total y permanente,

**A folio 30,** la demandada **evacúa la díplica**, reiterando todo lo expuesto en el escrito de contestación de la demanda.

Junto a lo anterior, reitera que Metlife es independiente y autónomo para determinar la incapacidad cubierta por el seguro, y rechaza que la denegación de cobertura ante el siniestro denunciado provenga de un acto errado, injusto y arbitrario de la demandada.

Añade que la demandante no funda su reclamación en hechos concretos, sino en antecedentes médicos generales y académicos. Además, sostiene que la depresión “es una enfermedad particularmente reversible” (sic). A su vez, señala que las enfermedades secundarias invocadas por la



**Foja: 1**

actora no califican como invalidantes totales, e indica que los argumentos relativos a la edad de ésta son irrelevantes para el establecimiento del grado de invalidez.

**A folio 36,** se celebró la **audiencia de conciliación**, con la comparecencia de la parte demandante y demandada. Llamadas las partes a conciliación, esta no se produjo.

**A folio 38,** se **recibe la causa a prueba**, suspendiéndose el término probatorio de conformidad con lo preceptuado por el artículo 6° de la Ley N°21.226, y reactivándose el término probatorio con fecha 25 de marzo de 2022.

**A folio 77,** se **cita a las partes a oír sentencia.**

#### **C O N S I D E R A N D O**

**PRIMERO:** Que **ESTER OLIVIA ORMEÑO SWANECK**, interpone demanda de cumplimiento de contrato de seguro e indemnización de perjuicios, en procedimiento ordinario de mayor cuantía, en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**, todos ya individualizados, formulando las peticiones apoyadas en los argumentos expuestos en la primera parte de esta sentencia, que se tienen por reproducidos.

**SEGUNDO:** Que la parte demandada, encontrándose válidamente emplazada, contestó la demanda interpuesta en su contra solicitando su completo rechazo, de conformidad con los argumentos expuestos precedentemente.

**TERCERO:** Que, para acreditar su pretensión, y en lo que interesa, la demandante produjo la siguiente prueba, no objetada de contrario:

##### **A) Instrumental**

**A folio 1:**

1.- Póliza 340006437 Condiciones Particulares Seguro Colectivo Vida Servicios Compartidos CMPC, de septiembre de 2015.

2.- Certificado de Cobertura Seguro Colectivo a Ester Olivia Ormeño Swaneck, extendido por Metlife con fecha 28 de septiembre de 2016.

3.- Carta de rechazo cobertura de seguro de invalidez 2/3, de fecha 13 de septiembre de 2016, “Ref: Apelación rechazo cobertura de invalidez



**Foja: 1**  
dos tercios siniestro N°1027486”, remitida por aseguradora Metlife a Ester Ormeño Swaneck.

4.- Reclamo contra fiscalizados de la Superintendencia, presentado por Ester Olivia Ormeño Swaneck en contra de Compañía de Seguros Metlife, y resolución N°28244, de fecha 10 de noviembre del año 2016.

5.- Reclamo contra fiscalizados de la Superintendencia, presentado por Ester Olivia Ormeño Swaneck en contra de Compañía de Seguros Metlife, y resolución N°1789 de fecha 01 de febrero de 2018.

6.- Certificado de Discapacidad de Ester Olivia Ormeño Swaneck emitida por comisión de medicina preventiva e invalidez (COMPIN), resolución exenta N°131/9/1372/15 con fecha 23 de diciembre del año 2015.

7.- Credencial de Discapacidad de doña de Ester Olivia Ormeño Swaneck, extendida por el Servicio de Registro Civil e Identificación.

**A folio 53:**

8.- Copia Simple de Carta de Servicios Compartidos CMPC S.A. con fecha septiembre del año 2012, firmada por el Gerente de Remuneraciones y Personal Servicios Compartidos CMPC S.A.

9.- Condiciones Generales de la Póliza de “Seguro Colectivo Temporal de Vida”, incorporada al depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 220130163.

10.- Cláusula de Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios, incorporada al depósito de pólizas bajo el código CAD 320130165.

11.- Copia Simple de Informe Biomédico Funcional, de fecha 26 de agosto del año 2015, respecto de doña Ester Olivia Ormeño Swaneck.

12.- Sentencia de la Excelentísima Corte Suprema emitido con fecha 03 de agosto de 2021, en causa Rol N° 4.310-2021.

13.- Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional, de la Comisión Técnica de Invalidez.

14.- Historia Clínica de doña Ester Olivia Ormeño Swaneck, VidaIntegra S.A N°1279946, consultas de N°1 a N°38.



**Foja: 1**

15.- Set de informes médicos y exámenes, por impedimento de capacidad física de Ester Olivia Ormeño Swaneck.

16.- Set de informes médicos y exámenes, por impedimento discapacidad sensorial auditivo de Ester Olivia Ormeño Swaneck.

17.- Copia simple informe médico de la Dra. Sandra Baeza Ferrera, de fecha 14 de abril 2016.

18.- Copia Simple de carta de Metlife, de fecha 28 de abril del año 2016, solicitando a doña Ester Olivia Ormeño Swaneck mayores antecedentes para resolución de siniestro N°1027486.

19.- Copia Simple de documento titulado “Peritaje Psiquiátrico” efectuado por el Dr. Augusto González Ortuzar, sobre los documentos de Ester Olivia Ormeño Swaneck, enviados desde la Compañía de Seguros Metlife, de fecha 30 de agosto del año 2016.

**A folio 57:**

20.- Informe de Atención de doña Esther Ormeño, evacuado por el Dr. Francisco Delmas Florimo, con fecha 20 de octubre de 2020.

21.- Informe Comercial Consolidado de doña Ester Ormeño Swaneck N°941086.

22.- Copia simple de Carta de 09 de noviembre de 2015 en la cual la aseguradora Metlife resuelve rechazar el siniestro N°1027486, por no haberse configurado la invalidez 2/3.

23.- Copia Circular N° 2106 de 31 de mayo de 2013 de la Superintendencia de Valores y Seguros.

**A folio 58:**

24.- Copia simple de recepción de antecedentes por denuncia de siniestro N°09307, producto operación N° 2004000035 de la aseguradora Coopeuch, sobre seguro de vida e invalidez 2/3 de crédito hipotecario.

25.- Copia simple de liquidación de siniestro y finiquito, número de póliza 00001252 N° de siniestro D0088666/1 de fecha 04 de julio de 2016.

**B) Testimonial**

**A folio 68:**

26.- Declaración de la testigo doña Sandra Angélica Baeza Ferrera, sin tachas.



Foja: 1

27.- Declaración de la testigo doña Paz Alejandra Palacios González, sin tachas.

**CUARTO:** Que, a efecto de acreditar los presupuestos fácticos de sus excepciones y defensas, la demandada produjo la siguiente prueba en autos:

**A) Instrumental**

**A folio 55:**

1.- Copia simple de Condiciones Particulares Seguro Colectivo Vida Póliza N°340006437, contratado por Servicios Compartidos CMPC.

2.- Copia simple de Condiciones Generales Seguro Colectivo Temporal de Vida N°340006437, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 2 2013 0163.

3.- Copia simple de Cláusula de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Permanente Dos Tercios, adicional a la Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida N°340006337, incorporada al depósito de póliza bajo el código CAD 3 2013 0165.

4.- Copia simple de Carta de 9 de noviembre de 2015, remitida por Metlife, en la cual se rechaza el siniestro N°1027486, por no haberse configurado la invalidez cubierta.

5.- Copia simple de Carta de 13 de septiembre de 2016, emitida por Metlife, en la cual se responde a impugnación y se da término al procedimiento de liquidación de siniestro, por no haberse acompañado antecedentes que desvirtúen la opinión de la Compañía.

6.- Copia simple de formulario de Reclamo contra Fiscalizados de la Superintendencia, suscrito y firmado por la señora Ester Olivia Ormeño Swaneck y presentado en la Superintendencia de Valores y Seguros, actual Comisión para el Mercado Financiero, y respuesta que de manera electrónica, emitió este Regulador.

7.- Copia simple de Reiteración reclamo ante la ex Superintendencia de Valores y Seguros, actual Comisión para el Mercado Financiero, y oficio ordinario N° 1789 de fecha 1 de febrero 2018, por medio del cual este Servicio respondió el reclamo del demandante de autos.

**A folio 56:**

8.- Guía Clínica Auge sobre depresión en personas de 15 años y más



Foja: 1  
del año 2013.

9.- Normas para la Evaluación y Calificación del Grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al Nuevo Sistema Previsional, asociado al D.L. 3500 de 1980, dictadas por la Superintendencia de Pensiones.

10.- Copia Simple de documento titulado “Peritaje Psiquiátrico” efectuado por el Dr. Augusto González Ortuzar, sobre los documentos de Ester Olivia Ormeño Swaneck, enviados desde la Compañía de Seguros Metlife, de fecha 30 de agosto del año 2016.

**QUINTO:** Que, a su vez, a folio 64 del expediente electrónico comparece Stephanie Bravo Brossard, en su calidad de Presidenta Subrogante de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región Metropolitana, quien en respuesta al oficio remitido por este Tribunal, acompañó, en lo que interesa, los siguientes instrumentos:

1.- Ordinario Nº 577 de fecha 13 de mayo de 2022, emitido por Constanza Zalaquett Polanco, Presidenta Subcomisión Oriente.

2.- Certificado de Discapacidad de doña Ester Oliva Ormeño Swaneck

**SEXTO:** Que, de los hechos reconocidos por las partes en sus presentaciones, de la prueba producida en autos -valorada en la manera que se expresará-, y en lo que interesa a lo medular de la litis, se tendrán por establecidos como hechos ciertos los siguientes:

a.- Que, de los instrumentos signados bajo los numerales 8) y 2) del motivo tercero de este fallo, estos son la copia simple de la Carta de Servicios Compartidos CMPC S.A. y el Certificado de Cobertura Seguro Colectivo extendido por Metlife, los que no fueron objetados por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; se tendrá por establecido que entre el 01 de septiembre de 2012 y el 31 de agosto de 2017, la actora doña Ester Olivia Ormeño Swaneck estuvo cubierta por la póliza colectiva de Seguro de Vida Nº340006437 de Metlife, contratada por Servicios Compartidos Cmpc, cuya cobertura se rigió por las Condiciones Generales de la Póliza, incorporada al depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 220130163.



Foja: 1

b.- Asimismo, de idénticos antecedentes se tendrá por establecido que la actora también estuvo asegurada con la cobertura en caso de Muerte Accidental (CAD 320130167), y con la cobertura de Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios (CAD 320130165), ascendiendo el capital asegurado por ambos conceptos a la suma equivalente a 3000 Unidades de Fomento, para cada supuesto.

c.- Que, del instrumento signado bajo el numeral 6) del motivo tercero y numeral 2) del motivo quinto de este fallo, este es la copia fiel del Certificado de Discapacidad de doña Ester Oliva Ormeño Swaneck, valorado conforme lo preceptuado por el artículo 342 N°2 del Código de Procedimiento Civil en relación con lo dispuesto por el artículo 1700 del Código Civil, es que se tendrá por establecido que mediante resolución N°131/9/1372/15 de fecha 23 de diciembre de 2015, pronunciada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, se certificó que doña Ester Olivia Ormeño Swaneck es portadora de una discapacidad severa de un 70%, se origin principal mental psíquico, y de orígenes secundarios físico y sensorial auditivo, con movilidad reducida y sin fecha de revaluación.

d.- Que, de los instrumentos signados bajo los numerales 22) del motivo tercero y 4) del motivo cuarto de este fallo, estos son las copias simples de la carta de 09 de noviembre de 2015, remitida por Metlife, no objetado por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; se tendrá por establecido que el día 19 de octubre de 2015, Metlife recepcionó el denuncio del siniestro por la cobertura de Invalidez Total y Permanente 2/3 presentado por doña Ester Ormeño Swaneck, entidad aseguradora que informó mediante carta de 09 de noviembre de 2015 que “*la compañía ha considerado que no corresponde otorgar la cobertura reclamada, por tratarse de una incapacidad aún no superable de los dos tercios*”.

e.- Que, de los instrumentos signados bajo los numerales 3) del motivo tercero y 5) del motivo cuarto de este fallo, estos son las copias simples de la carta de 13 de septiembre de 2016, emitida por Metlife, las que no fueron objetados por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil, y se tendrá



**Foja: 1**

por establecido que la compañía Metlife informó a la asegurada, con fecha 13 de septiembre de 2016, la decisión sobre la apelación presentada por ésta ante el no pago del seguro reseñado, indicando que “*el impedimento mental por el cual es evaluada la Sra. Ormeño, no se encuentra configurado, pues no cumple con los requisitos del algoritmo número 3 de la guía clínica Auge de depresión en personas de 15 años y más del MINSAL 2013*”, que la “*Sra. Ormeño presenta un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos; cuyo tratamiento es optimizable por lo que no cumple los requisitos de ser un impedimento configurado*”, y que en razón de lo anterior, “*es que la compañía ha considerado que no corresponde otorgar la cobertura reclamada, por tratarse de una incapacidad aún no superable de los dos tercios.*”

**SÉPTIMO:** Que, teniendo en consideración lo ya expuesto, es que deberá determinarse si en la especie ha existido un incumplimiento contractual de la demandada, en el marco del contrato de seguro objeto de la litis y en los términos deslindados por la actora; y si es que aquel incumplimiento ha ocasionado el daño moral invocado por ésta. Con todo, previo a lo anterior, deberá dilucidarse si en la especie la acción intentada en autos se encuentra o no prescrita.

**OCTAVO: En cuanto a la prescripción.** Que, la demandada opuso la excepción de prescripción, fundada en que el plazo de cuatro años aplicable en la especie debe ser contado desde la fecha en que Metlife evacuó la carta de respuesta frente a la impugnación del informe de liquidación, esto es, desde el día 13 de septiembre de 2016, motivo por el cual dicho plazo expiraría el día 13 de septiembre de 2020. Así, invocando la fecha de notificación de la demanda, la cual tuvo lugar el día 25 de noviembre de 2020, concluye que la acción de autos se encontraría totalmente prescrita.

Que, por su parte, la demandada señala ser efectivo que el plazo aplicable en la especie es de 4 años, y que el mismo debe computarse a contar del día 13 de septiembre de 2016, completándose dicho plazo el día 13 de septiembre de 2020. Sin embargo, sostiene que en la especie la acción de autos no está prescrita, atendido el mérito del artículo 8º de la Ley



Foja: 1

N°21.226, conforme al cual se entenderá interrumpida la prescripción por la sola presentación de la demanda. Así, habiéndose presentado la demanda el día 31 de agosto de 2020, se habría interrumpido el plazo de prescripción, determinando que la acción en la especie no se encuentre prescrita.

**NOVENO:** Que, en cuanto a la prescripción, debe tenerse presente lo establecido en el artículo 2514 del Código Civil, el cual dispone *“la prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo, durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible”*.

Que, atendido que el asunto litigioso dice relación con acciones emanadas de un contrato de seguro, dicha norma debe relacionarse necesariamente con aquella contenida en el artículo 541 del Código de Comercio, la cual indica que *“Las acciones emanadas del contrato de seguro prescriben en el término de cuatro años, contado desde la fecha en que se haya hecho exigible la obligación respectiva”*, añadiendo en su inciso segundo que *“Fuera de otras causales legales, la prescripción que corre en contra del asegurado se interrumpe por la denuncia del siniestro, y el nuevo plazo regirá desde el momento en que el asegurador le comunique su decisión al respecto.”*

Del examen de los antecedentes de autos, y teniendo a la vista los hechos establecidos en el motivo sexto precedente, tenemos que el día 13 de septiembre de 2016 la demandada Metlife evacuó una carta de respuesta ante la impugnación del informe de liquidación efectuada por la actora frente al rechazo inicial de la indemnización solicitada, rechazo que fue confirmado en la manera ya descrita precedentemente. En razón de lo anterior, es que el día 13 de septiembre de 2016 habrá de ser considerado como la fecha cierta en que el asegurador *ha comunicado su decisión*, en los términos del artículo 541 del Código de Comercio.

Sentado lo anterior, debemos analizar si, desde la fecha en que la aseguradora ha comunicado su decisión, ha transcurrido sin interrupción o suspensión el plazo de consumación establecido para las acciones emanadas del contrato de seguro. Así, la fecha desde la que se debe computar el plazo de prescripción, corresponde al día 13 de septiembre de 2016. También



**Foja: 1**

será menester, además de la fecha de notificación de la demanda verificada el 25 de Noviembre de 2022 (folio 17), se debe tener presente la fecha de interposición de la demanda verificada el 31 de agosto de 2020, ello en virtud de lo dispuesto en el artículo 8º de la Ley 21.226.- publicada el 02 de Abril de 2020, que prescribe “*(...) se entenderá interrumpida la prescripción de las acciones por la sola presentación de la demanda, bajo condición de que esta no sea declarada inadmisible y que sea válidamente notificada dentro de los cincuenta días hábiles siguientes a la fecha del cese del referido estado de excepción constitucional, y el tiempo en que este sea prorrogado, si es el caso, o dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha en que la demanda fuere proveída, lo que suceda último*”.

Que, en consecuencia, conforme a la norma transcrita, con la sola presentación de la demanda por parte de la demandante, con fecha 31 de agosto de 2020, fue interrumpido el plazo de prescripción que se encontraba corriendo, no alcanzando a transcurrir el plazo exigido por el artículo 541 del Código de Comercio, motivos suficientes para desechar la excepción de prescripción opuesta por la demandada.

**DÉCIMO: En cuanto a la configuración del siniestro de invalidez.** Que, habiendo quedado acreditada la existencia de la relación contractual entre las partes, y habiéndose dilucidado la improcedencia de la excepción de prescripción opuesta por la demandada, será menester analizar la defensa subsidiaria esgrimida por esta, consistente en la supuesta falta de configuración del siniestro de invalidez invocado por la actora, y cubierto por la póliza.

Al respecto, la demandada funda su defensa en diversos antecedentes; invoca lo preceptuado en el artículo 8º de la “Cláusula Adicional” del Seguro, conforme a la cual, para la compañía aseguradora no era vinculante la declaración de invalidez evacuada por algún organismo previsional o legal. Añade que de conformidad con las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema previsional, la invalidez debe entenderse configurada cuando se cumplen diversos requisitos, entre ellos, que estén cumplidos los períodos de observación clínica indicados en estas normas para las



**Foja: 1**

especialidades respectivas, lo que no ocurriría en la especie, toda vez que la actora no habría cumplido con el iter descrito por el “algoritmo 3 de la Guía Clínica Auge sobre Depresión en personas de 15 años y más del Ministerio de Salud, Minsal, del año 2013”.

A su vez, la demandante sostuvo en su escrito de réplica que la invalidez permanente y total de 2/3 fue declarada por el COMPIN, motivo por el cual la demandada debió adoptar igual resolución que el órgano reseñado; y argumentó que, pese a la autonomía de Metlife en la calificación del siniestro, la demandada efectuó una interpretación errada, injusta y arbitraria del mismo, lo que le ha impedido obtener una justa indemnización. Además, añade que su parte padece una depresión mayor severa en trastorno depresivo recurrente crónico, padecimiento que no es optimizable; e indica que la demandada solo se hizo cargo del origen invalidante mental/psíquico en el rechazo de la cobertura, sin pronunciarse sobre los orígenes invalidantes secundarios sensorial físico y sensorial auditivo, que le afectan.

**UNDÉCIMO:** Que, previo al análisis de la prueba producida al efecto por las partes de autos, será imprescindible tener a la vista ciertas normas contractuales que han vinculado a ambas, y que han sido invocadas en el curso de la discusión.

Al efecto, del examen de las “Condiciones Particulares Seguro Colectivo Vida Póliza N°340006437”, signadas bajo los numerales 1) del motivo tercero y 1) de motivo cuarto precedente, no objetado por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; es posible apreciar que su artículo N°7 letra c) establece que “*El capital asegurado establecido en la póliza para el caso de fallecimiento será pagado por la Compañía Aseguradora anticipadamente al asegurado en caso de invalidez total y permanente 2/3, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en estas condiciones particulares y en la cláusula adicional.*”

Que, a su vez, del examen de la “Cláusula de Pago Anticipado del Capital Asegurado en Caso de Invalidez Permanente Dos Tercios”, adicional a la Póliza de Seguro Colectivo Temporal de Vida N°340006337,



Foja: 1

signada bajo los numerales 10) del motivo tercero y 3) de motivo cuarto precedente, no objetado por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; es posible apreciar que su artículo 1º establece cinco condiciones que deberán cumplirse a efecto de hacer procedente el pago del capital asegurado, entre estas, que la cobertura esté vigente, que la invalidez permanente se produzca antes de los 65 años de edad del asegurado, y que la patología no sea de aquellas expresamente excluidas, entre otras, ninguna de las cuales ha sido invocada por incumplida por la demandada.

Del mismo modo, del examen de la Cláusula Adicional también es posible apreciar que su artículo 2º letra a) define “invalidez permanente dos tercios” como “*La pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las ‘Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones’*”, regulado por el D.L. N°3500 de 1980”; y también es importante anotar que su artículo 8º establece en su inciso 5 que “*La declaración de invalidez del asegurado de algún organismo previsional o legal, será tomada en consideración por la compañía aseguradora y por la Junta Médica, al evaluar el siniestro pero no tendrá el carácter vinculante*”.

A su vez, del examen de las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones”, signada bajo los numerales 13) del motivo tercero y 9) de motivo cuarto precedente, no objetado por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; es posible apreciar en su página tercera que el impedimento configurado es aquel que cumple con los cinco requisitos allí individualizados, incluyendo aquel invocado por la demandada, e individualizado bajo el numeral 5), el cual establece que “*Los períodos de observación clínica indicados en estas normas para las especialidades respectivas están cumplidos. Hará excepción de esto, aquel impedimento cuyo curso clínico sea objetivamente irreversible e inexorable.*”



Foja: 1

Que, finalmente, del examen del instrumento emitido por la Subsecretaría de Salud Pública, del Ministerio de Salud, titulado “Guía Clínica Auge Depresión en personas de 15 años y más, Serie Guías Clínicas MINSAL, 2013”, signada bajo el numeral 8) del motivo cuarto precedente, no impugnado, valorada conforme su naturaleza; es posible apreciar que en sus páginas 19 y 20 se aborda la patología consistente en la “Depresión Mayor”, y que en su página 82 contiene el “Anexo 3. Algoritmo Tratamiento del Episodio actual Depresivo Bipolar”

**DUODÉCIMO:** Que, en este sentido, la actora ha acompañado a estos autos diversos antecedentes a objeto de acreditar la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios de su capacidad de trabajo; y de este modo, el incumplimiento de la demandada en su obligación de indemnizar un siniestro cubierto por el contrato de seguro.

Que, a ese respecto, ha acompañado el certificado de discapacidad signado bajo el numeral 6) del motivo tercero, el cual ha sido valorado en la manera reseñada en el motivo sexto precedente; y la credencial de discapacidad signada bajo el numeral 7) del mismo considerando, la cual ya fue valorada como instrumento público, instrumentos de los cuales se desprende que mediante resolución N°131/9/1372/15 de fecha 23 de diciembre de 2015, pronunciada por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalides, se certificó que doña Ester Olivia Ormeño Swaneck es portadora de una **discapacidad severa de un 70%**, de origen principal mental psíquico, y de orígenes secundarios físico y sensorial auditivo, con movilidad reducida y **sin fecha de revaluación**; así, al decir sin fecha de revaluación, solo cabe concluir que no será reevaluada respecto a esa condición.

Que, a su vez, acompañó la copia simple del Informe Biomédico Funcional signado bajo el numeral 11) del motivo tercero, el cual no fue objetado por causa legal, valorado conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; del cual es posible apreciar que la actora doña Ester Ormeño Swaneck se sometió a una evaluación médica el día 26 de agosto de 2015, oportunidad en la cual se le diagnosticó una “depresión mayor severa en trastorno depresivo



Foja: 1  
recurrente”, junto a otras patologías secundarias, consignándose lo siguiente “*Evaluación desde el punto de vista psiquiátrico hacia la cronicidad de síntomas afectivos; desánimo, alt del sueño y ánimo depresivo asociado a estresores vitales (...) tiene un cuadro de neuropatía vestibular (...) que le produce crisis de vértigo con desequilibrio y manifestaciones neurovegetativas (náuseas, vómitos, sudoración) que le impiden deambular o trabajar, o vivir actuaciones de stress*”.

Que, junto a lo anterior, acompañó la “historia clínica” de doña Ester Olivia Ormeño Swaneck extendida por Vidaintegra S.A., signada bajo el numeral 14) del motivo tercero precedente, la cual no objetado por causa legal, valoradas conforme su naturaleza de instrumento privado, y lo dispuesto en el artículo 1702 del Código Civil; y de la cual es posible concluir 39 consultas médicas verificadas entre el 03 de abril de 2014 y el 14 de noviembre de 2017, de las cuales 25 de ellas corresponden a consultas psiquiátricas. De su examen, es posible observar que el diagnóstico recurrente corresponde al de ansiedad y depresión, y es posible aprehender los abundantes tratamientos y medicaciones a las cuales fue sometida. Al respecto, es importante tener a la vista algunas anamnesis presentes en estos documentos, constando, por ejemplo, que el día 19 de agosto de 2014, y pese a los tratamientos farmacológicos previos, se consignó “**Sin mucha remisión de síntomas depresivos**” así como el aumento de las dosis indicadas; y que en el día 17 de agosto de 2015, se consignó “**Problema laboral crónico**”.

Que, junto a lo anterior, acompañó la copia simple del informe médico de la Dra. Sandra Baeza Ferrera, de fecha 14 de abril 2016, signado bajo el numeral 17) del motivo tercero precedente, instrumento que fue reconocido por su autora en el contexto de la audiencia testimonial rolante a folio 68 del expediente electrónico, y el cual será valorado conforme los artículos 346 N°1 y 384 del Código de Procedimiento Civil, y del cual se tendrá por establecido que a esa fecha doña Ester Ormeño Swaneck padecía una “depresión mayor severa y trastorno depresivo recurrente asociado a sd doloroso por patología traumatológica crónica”, consignándose expresamente que el “**cuadro ha evolucionado a la**



Foja: 1

**cronicidad con deterioro de funcionamiento global”.** Que, en definitiva, y de lo ya relacionado, es que deberá tenerse por establecido como un hecho cierto de la causa, que a la fecha de la negativa del pago por parte de la aseguradora Metlife, esto es al día 13 de septiembre de 2016, la actora doña Ester Ormeño Swaneck ya padecía una depresión mayor severa y un trastorno depresivo recurrente que había evolucionado a la cronicidad, con deterioro de su funcionamiento global, padeciendo algunos síntomas que le impedían deambular o trabajar, y que se habían erigido en problemas laborales crónicos; circunstancias que fueron acreditadas por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, la que el día 23 de diciembre de 2015 certificó que la paciente sufría una discapacidad severa de un 70%, de origen principal mental psíquico, y de orígenes secundarios físico y sensorial auditivo, con movilidad reducida y sin fecha de revaluación.

**DÉCIMO TERCERO:** Que, no obstante todos los antecedentes ya analizados, la demandada Metlife, mediante carta de fecha 13 de septiembre de 2016, se negó a pagar el capital asegurado por el siniestro tantas veces reseñado, explicando que *“la compañía ha considerado que no corresponde otorgar la cobertura reclamada, por tratarse de una incapacidad aún no superable de los dos tercios.”*

Que, para estos efectos, Metlife fundó dicha decisión en que *“el impedimento mental por el cual es evaluada la Sra. Ormeño (...) no cumple con los requisitos del algoritmo número 3 de la guía clínica Auge de depresión en personas de 15 años y más del MINSAL 2013”*. Sin embargo, del examen de la referida guía, y tal como ya se ha explicitado en motivos anteriores, únicamente es posible aprehender un “algoritmo”, este es aquel contenido en su página 82, bajo el título “Anexo 3. Algoritmo Tratamiento del Episodio actual Depresivo Bipolar”.

Así, de un sencillo examen de dicho algoritmo es posible concluir que aquel no pudo ser válidamente invocado por la demandada a objeto de denegar el pago del capital asegurado ante el siniestro oportunamente denunciado, toda vez que aquel dice relación con el “episodio actual depresivo bipolar” y no con la “depresión mayor severa en trastorno



**Foja: 1**

depresivo recurrente” –trastorno que padecía la actora-, de modo que aquel iter invocado por Metlife no constituyó uno de aquellos que mandatoriamente la asegurada debió atravesar a objeto de configurar el supuesto indemnizatorio.

A mayor abundamiento, deberá tenerse en consideración que la distinción entre ambos padecimientos es reconocida expresamente por idéntica guía del Minsal, la que en su página 19 aborda la “Depresión mayor”, aclarando en la nota consignada al pie de aquella página que “*Este apartado se refiere al trastorno depresivo mayor (DSM IV) o episodio depresivo único y trastorno depresivo recurrente (CIE), no aplicándose a depresión bipolar.*”

Que, a su vez, Metlife fundó la referida decisión de no pagar el capital asegurado a la actora fundado en que la “*Sra. Ormeño presenta un trastorno depresivo, sin síntomas psicóticos; cuyo tratamiento es optimizable por lo que no cumple los requisitos de ser un impedimento configurado*”. Sin embargo, la ausencia de síntomas psicóticos no constituye una circunstancia acordada contractualmente que determinare la improcedencia de la obligación de pago tantas veces aludida, motivo por el cual no podrá ser considerada para validar el aparente incumplimiento de la demandada, en los términos invocados por la actora.

A mayor abundamiento, la actora ha invocado diversos antecedentes que dan cuenta de que su tratamiento no es optimizable, particularmente aquellos reseñados bajo el motivo duodécimo, los que dan cuenta de la cronicidad de su trastorno depresivo, de la falta de remisión de estos síntomas, del deterioro que dicho trastorno ha infringido sobre su funcionamiento global y sobre su capacidad para deambular y trabajar, y de la inexistencia de una fecha futura de reevaluación, lo que permite concluir que esas afecciones son en la especie irreversibles.

**DÉCIMO CUARTO:** Que, en definitiva, aquella prerrogativa de la aseguradora de decidir si el siniestro denunciado por la asegurada será o no indemnizado, así como la facultad de tomar en consideración la declaración de invalidez evacuada por algún organismo previsional o legal sin que tenga para ésta un carácter vinculante, debe, en todo caso, estar amparada por



**Foja: 1**

antecedentes objetivos, comprobables y suficientes que soporten la decisión que adopte, y que en su conjunto satisfagan las exigencias derivadas del principio de la buena fe contractual. Lo anterior, por cuanto el principio de la buena fe se erige como una máxima que impregna tanto la hermenéutica como la ejecución de las cláusulas que forman parte del contrato existente entre ambos, y que previene a la contratante más fuerte de interpretar de manera acomodaticia aquellas cláusulas que formen parte de aquél, máxime si la manera en que han sido redactadas les permitiere erigirse como verdaderos resquicios normativos para eludir, el contratante, el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

En consecuencia, de lo analizado en motivos precedentes, en particular en los dos considerandos anteriores, es posible concluir que, en la especie, los motivos invocados por la aseguradora para negarse al pago del capital asegurado ante el siniestro denunciado no logran enervar la abundante, certera y concordante prueba producida por la demandante acerca de su estado actual de discapacidad, el cual, como ha quedado esclarecido, tiene un carácter permanente e irreversible, el cual excede los dos tercios de su capacidad de trabajo.

En razón de lo anterior, y teniendo en consideración que las afecciones irreversibles que afectan a la asegurada ya existían tanto al momento del denuncio del siniestro como a la época de su rechazo por parte de la demandada de autos, es que no queda sino declarar la improcedencia de la negativa de pago del capital asegurado por parte de la aseguradora.

Que, en razón de todo lo expuesto y razonado, es que deberá tenerse por acreditado el incumplimiento del contrato sub lite por parte de la demandada, por no haber dado pago a la cobertura de invalidez total y permanente de 2/3; debiendo condenarse a ésta al pago a la actora del capital asegurado ascendente a la suma equivalente a las 3000 Unidades de Fomento, pedido como indemnización de perjuicios por daño emergente.

**DÉCIMO QUINTO: En cuanto al daño moral.** Que, la demandante de autos también ha invocado la existencia de un daño moral que señala haber sufrido a consecuencia del incumplimiento contractual de



**Foja: 1**

la demandada y aseguradora de autos. En la especie, ha sostenido que dicho daño moral estaría representado por su sufrimiento psíquico y empeoramiento de sus padecimientos, los que se erigirían como una consecuencia directa del rechazo de la indemnización por parte de la aseguradora, daño que viene en avaluar en la suma de \$15.000.000.-

Que, no obstante los dichos de la actora, lo cierto es que aquella no ha producido en autos prueba suficiente que tuviere la virtud de acreditar la producción del daño moral invocado, que sea consecuencia del incumplimiento de la demandada, así como el monto bajo el cual éste habría de ser avaluado. Es menester hacer presente que la abundante prueba rendida por la actora, se refiere a los padecimientos psíquicos y físicos por los cuales se hizo acreedora del pago del seguro contratado, sin que presentara prueba suficiente para tener por cierto el padecimiento de un daño moral, producido por el actuar de la demandada, como relación de causalidad.

Que, en razón de lo anterior, es que será menester rechazar la pretensión de indemnización del daño moral, tal como se declarará en definitiva.

**DÉCIMO SEXTO: En cuanto a las costas.** Que, atendido al hecho de no haber resultado completamente vencida la demandada, cada parte soportará sus costas.

Que, finalmente, en lo que refiere a la pretensión de pago de los máximos reajustes e intereses legales sobre las costas, ésta será desechada, por improcedente.

**POR ESTAS CONSIDERACIONES**, y visto además lo dispuesto en los artículos 144, 160, 170, 254, y 346 del Código de Procedimiento Civil; artículos 1437, 1444, 1445, 1545, 1546, 1551 y 1698 del Código Civil; artículo 541 del Código de Comercio, y demás pertinentes, se declara:

**I.- Que, SE RECHAZA** la excepción de prescripción opuesta por la demandada;

**II.- Que, SE ACOGE PARCIALMENTE** la demanda de folio 1 de autos, declarándose la existencia del contrato de seguro entre las partes



**Foja: 1**

de autos, en la manera reseñada en motivos precedentes; y declarándose el incumplimiento de dicho contrato por parte de la demandada y aseguradora, quien dejó de cumplir su obligación de pagar el capital asegurado por concepto de cobertura de invalidez permanente de dos tercios de la asegurada y actora.

**III.-** Que, **SE CONDENA** a la demandada al pago del capital asegurado en caso de invalidez permanente de dos tercios, ascendente a la suma de 3000 Unidades de Fomento, en su equivalente en moneda nacional a la fecha del pago efectivo, todo ello según liquidación que se practicará en Secretaría de este Tribunal;

**IV.-** Que, no obstante lo anterior, **SE RECHAZA** la pretensión indemnizatoria por concepto de daño moral, y la pretensión de pago de reajustes e intereses sobre las costas.

**V.-** Que, **CADA PARTE** soportará sus costas.

Regístrate.

C-13514-2020

Pronunciada por doña **MARÍA CECILIA MORALES LACOSTE**,  
Jueza Suplente.

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





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

A contar del 03 de abril de 2022, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaficial.cl>.