

Lautaro, veintiuno de febrero de dos mil veinticinco.

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

PRIMERO: A fojas 1 y siguientes rola querella infraccional de la Ley 19.496 y demanda civil de indemnización de perjuicios interpuesta por **GONZALO HERNÁN MEZA OSSES**, Abogado, domiciliado en Avenida Alemania 0999 de Temuco, en representación de **NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS**, pensionado, domiciliado en calle Manuel Montt N° 226 de Lautaro, cédula de identidad N° 5.482.426-2, acciones que se interponen en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A. RUT 99.831.796-1**, representado por Gregorio Arturo Ruiz Esquide Sandoval, cédula de identidad N° 9.831.796-1, ambos domiciliados en calle Andrés Bello 950 de Temuco, señalando respecto de la querella que se interpone ante la grave infracción a los derechos establecidos tutelados en la ley 19.490 refundido actualmente en el Decreto con Fuerza de Ley número 3 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo publicado el 31 de mayo del 2021, ante el incumplimiento contractual del contrato de seguro celebrado entre su representado y la demandada, los cuales constituyen un grave daño a él como consumidor, y lo dejan sin posibilidad de proteger el bien asegurado e infringe normas de Derecho Público, vulnerando e infringiendo lo establecido en el artículo 3 E y 12 de la ley 19.496, lo que en suma, lo hacen responsable de infracción a la Ley 19.496, siendo aplicable la multa del artículo 24 del cuerpo legal señalado. Señala que la acción se basa en los siguientes antecedentes de hecho y fundamentos de Derecho que expone: Respecto de los antecedentes de hecho de los seguros contratados indica que su representado contrató dos seguros de salud de distintas características, siendo el corredor Banco Estado corredores de Seguros S.A y la compañía MetLife Chile Seguros de Vida S.A. Relata que el primero de estos seguros corresponde a un seguro denominado "Seguro Enfermedades Graves BancoEstado", el cual se hacía efectivo en el caso de las enfermedades o si era sometido a intervenciones quirúrgicas que indica. Señala que se desglosaba el pago del seguro de la siguiente manera: Se pagaría la suma de 250 Unidades de Fomento en caso del diagnóstico o la

intervención quirúrgica de los ítems señalados, salvo que estas fuesen apendicitis o cáncer, en cuyo caso el pago del seguro ascendería a la suma de 80 Unidades de Fomento. Precisa que el contrato de seguro fue celebrado con fecha 26 de junio del 2020, número de póliza colectiva 340003007. Agrega que el segundo de los seguros contratados por su representado corresponde a uno denominado "Seguro De Muerte Accidental y Cobertura Oncológica + Adicionales ", el cual se hacía efectivo en el caso de diagnóstico clínico por primera vez de algún tipo de cáncer o en caso de muerte accidental. Agrega que la cobertura acordada, en caso de cualquiera de las circunstancias descritas, ascendía al pago de 300 unidades de Fomento y que este contrato de seguro fue celebrado con fecha 18 de octubre del 2022, cuyo número de póliza colectiva es número 340018187. Indica que este último contrato fue celebrado mediante llamada telefónica realizada por la corredora de seguros del Banco Estado, en las típicas ventas telefónicas de seguro lo que evidencia que su representado no estaba en busca del seguro, sino que son ofrecimientos que llegan a ser en muchas ocasiones verdaderos actos de acoso en contra de los consumidores como cualquier cuentacorrentista ha sido víctima de estas prácticas. También hace referencias al diagnóstico de cáncer de su representado, indicando que se realiza exámenes de rutinas generales al menos una vez al año intentando prevenir cualquier tipo de enfermedad a patología que pueda afectarle y siendo una persona de la tercera edad, siempre ha actuado de forma prudente respecto de su estado de salud, razón por la cual ha contratado los seguros referidos. Relata que en el mes de agosto de 2022 se realizó estos exámenes de rutina y preventivo de carácter general y amplio, incluyendo entre ellos una biopsia efectuada con fecha 18 de agosto del mismo año, de la cual se extracta el diagnóstico validado por el Dr. Juan Carlos Araya Oróstica. Diagnóstico. a- Glándula prostática lado derecho biopsia por punción. b- Glándula prostática lado izquierdo biopsia por punción. Señala que de dicho examen se desprende que fue diagnosticado como negativo de cáncer prostático y que al ser su mandante un hombre de más de 70 años y observando que sus exámenes descartaban cualquier enfermedad grave,

incluyendo cáncer consideró que el momento era apropiado de proteger su futuro cuando fue contactado por el Banco del Estado ofreciéndole un seguro adicional oncológico, el cual fue ofrecido y celebrado de forma telefónica y verbal el día 18 de octubre del 2022. Relata que para su representado encontrándose en perfectas condiciones, sin una enfermedad base ni patología alguna detectada, consideró oportuno el momento para contratar el seguro de salud oncológico, adicional al seguro de enfermedades graves que ya había celebrado con la demandada. Indica que al momento de contratar no se le hicieron preguntas de forma extensiva sobre su estado de salud limitándose las preguntas así mantenía algún tipo de patología o había sido clínicamente diagnosticado, a lo que respondió de forma negativa, pues, como se ha dicho, se encontraba en perfectas condiciones de salud en ese momento. Agrega que, en el mes de marzo de 2023, específicamente el 08 de marzo, se realizó un examen de rutina de antígeno cancerígeno en el laboratorio IMEX, el cual arrojó un resultado elevado y potencialmente negativo para su representado. Por dicha razón su médico tratante le solicitó realizarse una biopsia, con la finalidad de descartar un cáncer la cual se realizó en el mes de mayo de 2023 y su médico tratante al revisar dicho examen el día 27 de julio del 2023, diagnosticó tumor maligno de próstata, en etapa muy inicial. Continúa indicando respecto de la denuncia de siniestro y respuesta de la compañía aseguradora, que con fecha 07 de septiembre de 2023, ingresó su representado el siniestro bajo el número 2309070085, denunciando los hechos ocurridos y con el diagnóstico respectivo, solicitando que fuese pagado el seguro comprometido. Relata que con fecha 10 de octubre de 2023 su representado recibió el informe del liquidador, el cual fue rechazado en los siguientes términos, que transcribe: "Según lo informado por la compañía de seguros, el motivo de rechazo es: enfermedad preexistente no declarada en DPS". Indica que, para la aseguradora, el haber sido diagnosticado de cáncer en el mes de julio del 2023 sería motivo de ser rechazada la indemnización a pesar de que el contrato fue celebrado en octubre del 2022. Afirma lo ilógico del asunto, y es que, mientras tramitaba la impugnación del informe de liquidación

referido, la compañía aseguradora pagó el seguro de enfermedades graves singularizado en el acápite 1, lo que significa un reconocimiento de que el diagnóstico configuraba una de las enfermedades que se encontraba aseguradas, pero no efectuó el pago del seguro oncológico referido. Señala que, ante el informe del liquidador, contrario o derecho, su parte hizo uso de su derecho de impugnado, el cual fue nuevamente rechazado, siendo esto notificado el día 07 de diciembre por correo electrónico, en el cual se informó lo siguiente y que transcribe: *"De nuestra consideración. En respuesta a la presentación de la referida, en razón del siniestro denunciado al amparo del seguro oncológico bajo la póliza N°340018187, cumplimos con informar lo siguiente tal y como fue señalado en nuestro Informe de liquidación de fecha 04 de octubre del 2022, esta Compañía mantiene el rechazo del siniestro, toda vez que, conforme a la documentación médica aportada, el diagnóstico por el cual reclama cobertura en una condición previa a la vigencia del seguro. Cabe señalar que según antecedentes médicos aportados el asegurado tenía antecedentes de Cáncer de Próstata desde marzo del año 2021 y el seguro fue contratado con fecha 14 de octubre del año 2022. En atención a lo expuesto el rechazo emitido por esta Compañía se ajusta plenamente a derecho."* El querellante recalca que su representado contaba con exámenes de marzo de 2021 y diciembre de 2022, en los cuales constaban los siguientes resultados respecto de su PSA respectivamente y que detalla en una tabla. Indica que los extractos de los exámenes señalados, señalan que en marzo y diciembre de 2021, su representado contaba con un antígeno prostático específico de 13 y 15 mg/ml. Afirmando que de ninguna manera constituye un diagnóstico de cáncer, sino solamente que el antígeno específico se encontraba elevado, lo cual no significa ni por asomo un diagnóstico clínico o una epicrisis en la cual se informe a mi representado la existencia de cáncer y que de hecho un PSA algo elevado tampoco significa necesariamente que el paciente padezca de cáncer sobre lo cual cita parte del siguiente artículo de la American Cancer Society *"La mayoría de los hombres sin cáncer de próstata tiene niveles de PSA menores a 4 mg/ml, de sangre. Cuando se forma el cáncer de próstata, el nivel de PSA a menudo*

aumenta a más de 4. Sin embargo, un nivel por debajo de 4 no garantiza que un hombre no tenga cáncer. Alrededor del 15% de los hombres que tienen un PSA menor al de 4 presentará cáncer de próstata si se hace una biopsia. Los hombres con un nivel de PSA de 4 a 10 tienen (a menudo llamado "Intervalo límite"), tienen una probabilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata. Indica que si el PSA es mayor de 10, la posibilidad de 1 en 4 de padecer cáncer de próstata, y si el PSA es mayor de 10 la probabilidad de tener cáncer de próstata es de más de 50 %, y de manera tal que su representado no había sido diagnosticado de dicho mal luego de realizarse los exámenes referidos y muy a diferencia de lo que señala el liquidador del seguro su representado no padecía de cáncer en dicha fecha o en el peor de los casos, no había sido diagnosticado aún de dicho mal y por ello su representado desconocía que potencialmente podía padecer de cáncer en dicha fecha, ahora luego de estar afecto a este padecimiento ha tomado conocimiento detallado de lo que significa el examen de PSA, los niveles y las probabilidades de desarrollar una enfermedad asociado a esos niveles, pero su representado no es médico, no tiene conocimiento de temas asociado a la salud por lo que no se puede exigir con ese resultado tuviera que concluir que tenía cáncer. Afirma que lo peor de todo es que al momento de contratar, a su representado se le realizó un cuestionario telefónico en la cual se le consultó, entre otras cosas, si padecía de cáncer a la cual mi representado contestó negativamente y que el afectado no contaba con ningún diagnóstico en ese momento que le indicara la supuesta enfermedad preexistente. Agrega que lo peor de todo es que, una vez ocurrido el denuncia, su representado solicitó la grabación telefónica de la referida encuesta y ella a la fecha no ha sido entregada, lo que en el constituye una infracción adicional al deber de información amparado por la Ley 19.496. Indica que han solicitado dicha información y a la fecha no ha sido proporcionada por el Seguro, lo que vulnera los derechos de su representado desde la perspectiva de la Ley de Protección a los Consumidores y además las normas de contratación de Seguro. Señala que la demandada se ha mantenido en una posición contumaz y se ha negado a pagar el seguro comprometido a

pesar de que su representado mantuvo el pago de sus primas de forma diligente, denunció en tiempo y forma y la enfermedad que lo aqueja fue diagnosticado con posterioridad a la contratación de este seguro oncológico. Respecto de los fundamentos de derecho, respecto del ámbito de aplicación, se cita al art. 2 de la Ley 19.496 en su literal f) en los siguientes términos. "Quedan sujetos a las disposiciones de esta ley (...) F) Los actos celebrados o ejecutados con ocasión de la contratación de servicios en el ámbito de la salud, con exclusión de las prestaciones de salud; de las materias relativas a la calidad de éstas y su financiamiento a través de fondos o seguros de salud; de la acreditación y certificación de los prestadores, sean estos públicos o privados, individuales y, en general, de cualquier otra materia que se encuentre regulada en leyes especiales." Señala que si bien existe el artículo 2 bis, que establece ciertas limitaciones al ámbito de aplicación de esta ley, lo descrito y lo que se denuncia NO existe en la normativa de seguros. En efecto, dicho artículo expresa lo siguiente en su literal A: "No obstante lo prescrito en el artículo anterior, las normas de la ley no serán aplicables a las actividades de producción, fabricación, importación, construcción, distribución y comercialización de bienes o de prestación de servicios regulados por leyes especiales, salvo: a) En las materias que estas últimas no prevean." En efecto, los hechos constituyen un incumplimiento contractual que debe ser indemnizado de forma completa e integral, siendo protegido por la norma del art. 3 letra e) respecto a los derechos y deberes básicos del consumidor: El derecho a la reparación e indemnización adecuada y oportuna de todos los daños materiales y morales en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas por el proveedor, y el deber de accionar de acuerdo a los medios que la ley le franquea". Esto es recogido por el profesor Osvaldo Contreras Strauch, quien, en su tratado de Derecho de Seguro, expone esta situación de sobreposición de ambas normas, las de Seguro y las de protección de los consumidores, a lo que al respecto expresa lo siguiente: "El análisis de la LPC nos conduce a afirmar que pueden ser aplicables al Seguro, a lo menos, sus siguientes normas: 1. El derecho que confiere a los consumidores a la

reparación e indemnización adecuada y oportuna de todos los daños materiales y morales en caso de incumplimiento de cualquiera de las obligaciones contraídas por el proveedor”, a lo que se agrega que la ley declara que el consumidor tiene “ el deber de accionar de acuerdo a los medios que la ley le franquea (art.3° letra e). Esta norma de la LPC no tiene otra de tenor semejante en la ley sobre contrato de Seguro. Aun cuando, según ya lo hemos analizado en otra parte de esta obra, de igual forma se llega al mismo resultado aplicando las disposiciones generales sobre la responsabilidad contractual que contempla el Código Civil, en particular los arts.1551 y 1559” (Derecho de Seguros, Osvaldo Contreras Strauch, pp.851,2020). Esto es necesario observarlo en el contexto de la época de su publicación, que fue anterior a la última reforma de la Ley 19.496, que adicionó el artículo 2° Ter, que estatuye el principio pro consumidor, que expresa lo que cita a continuación: “Las normas contenidas en esta ley se interpretarán siempre a favor de los consumidores, de acuerdo con el principio pro consumidor, y, de manera complementaria, según las reglas contenidas en el párrafo 4° del Título Preliminar del Código Civil.” El mismo autor señala que de igual manera es aplicable debido al tenor del artículo 12 A de la ley 19.496, indicado lo siguiente: “El artículo 12 A agrega que en los contratos celebrados por medios electrónicos., y en aquellos en que se aceptare una oferta realizada a través de catálogos, avisos o cualquier otra forma de comunicación a distancia, el consentimiento no se entenderá formado si el consumidor no ha tenido previamente un acceso claro, compatible e inequívoco de las condiciones generales del mismo y la posibilidad de almacenarlos o imprimirlos.” De esta manera, para esta parte, es más que evidente que los hechos de autos son materias propias de la Ley 19.496, siendo competente V:S para resolver el conflicto de marras.

FUNDAMENTOS DE DERECHO: De la infracción de derechos contenidos en la ley 19.496.- La demandada ha infringido una serie de derechos tutelados en la Ley 19.496, Los cuales son graves y demuestran la actitud de la demandada hacia sus asegurados. En primer lugar, como adelantábamos, se ha infringido el artículo 12, que prescribe la obligación

de todo proveedor de bienes o servicios estará obligado a respetar los términos, condiciones y modalidades conforme a las cuales se subiere ofrecido o convenido con el consumidor la entrega del bien o la prestación del servicio." El no pago de un siniestro, denunciado de forma oportuna por mi representado, el cual correspondía al interés asegurado por el cual fue contratado en primer lugar el servicio, es una clara infracción a los mismos términos y condiciones pactadas. Si una persona contrata un seguro de salud oncológico, sin una enfermedad preexistente, acreditado con antecedentes médicos y exámenes de rigor y paga sus primas a tiempo, no es posible concebir que la aseguradora NO cumpla con lo contratado una vez que esta persona ha informado que le fue diagnosticado cáncer a la próstata: Esto fue lo que ocurrió en el caso de marras y la demanda ha infringido el artículo 12 ya precitado. Ha sido infringido el derecho contenido en el art. 3 literal E, pues los hechos descritos constituyen una vulneración de las obligaciones contractuales contraídas entre las partes y deberá ser indemnizado de forma oportuna y adecuada. Asimismo, se ha infringido el art. 3 literal B que ampara el derecho de la información del consumidor: información oportuna y veraz sobre los bienes y servicios ofrecidos, su precio, condiciones de contratación y otras características relevantes del mismo, y el deber de informar responsablemente de ellos. Agrega que su representado solicitó de forma telefónica y luego por correo el día 13 de octubre de 2023 la grabación de la contratación del seguro en cuestión, bajo el número de requerimiento 32139677, lo cual no ha sido entregado a la fecha. Las infracciones descritas hacen aplicable la sanción contenida en el art. 24 inciso primero, una multa de hasta 300 unidades tributarias mensuales, pidiendo se aplique el máximo de dicha pena. Concluye solicitando tener por interpuesta la querella infraccional, acogerla en todas sus partes, señalando que la demandada ha infringido los arts. 3 literal E y 12 de la Ley 19.496, debiendo pagar la suma de 300 unidades tributarias mensuales, con costas.- En el PRIMER OTROSÍ de su presentación interpone demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, conforme a lo establecido en los artículos 3 literal E y 27 de la

Ley 19496, en contra de METLIFE CHILE SEGURO DE VIDA S.A., cedula de identidad 99.831-796-1, giro de su denominación, representado legalmente por don GREGORIO ARTURO RUIZ-ESQUIDE SANDOVAL, desconoce profesión, cedula de identidad N°9.831.796-1, o a quien sus derechos representen de conformidad al artículo 50C y 50D de la Ley 19.496, solicitado desde ya que la demanda sea admitida a tramitación y sea acogida en todas sus partes, ordenando el cumplimiento forzado de la obligación y la indemnización de perjuicios que se indica en esta acción, con expresa condena en costas, como se detalla a continuación:

ANTECEDENTES DE HECHO: Conforme al principio de economía procesal, solicita se tenga por reproducidos todos los hechos y antecedentes relatados y expuestos en lo principal de esta presentación.

DEL CUMPLIMIENTO FORZADO DE LA OBLIGACION: Señala que es menester tener presente lo dispuesto en el artículo 1545 del código Civil, que expresa lo siguiente: "Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales". Igualmente es necesario tener a la vida el artículo 1546 del mismo cuerpo legal, que señala: "Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por ley o la costumbre pertenecen a ella". El demandado ha incumplido su obligación contractual, en los términos señalados y, por ello es aplicable lo dispuesto en el artículo 1489 inciso segundo del Código Civil, el cumplimiento del contrato. Dado que la obligación de la aseguradora es el pago del seguro, y ello no se ha efectuado en tiempo ni forma V;S deberá ordenar el pago del seguro comprometido, el cual asciende a 300 unidades de Fomento, convertidos en moneda nacional y de curso legal al momento del pago. Finalmente es dable tener presente lo prescrito en el artículo 50 inciso segundo del texto refundido de la Ley de Protección de los consumidores, que prescribe lo siguiente: "El incumplimiento de las normas contenidas en la presente ley dará lugar a las denuncias o acciones correspondientes, destinadas a sancionar al proveedor que incurra en

infracción, a anular las cláusulas abusivas incorporadas en los contratos de adhesión, a obtener la presentación de la obligación incumplida, a hacer cesar el acto que afecte el ejercicio de los derechos de los consumidores, o a obtener la debida indemnización de perjuicios o la reparación que corresponda". De manera tal que esta acción se adhiere fielmente al marco o ámbito de aplicación de la Ley 19.946, siendo procedente la acción de cumplimiento forzado de la obligación. DE LA ACCION DE INDEMNIZACION DE PERJUICIOS: COMO LO SEÑALA EL ARTÍCULO 3º LITERAL E DE LA Ley 19.496, ya citado, la demanda y proveedora debe indemnizar todos los daños patrimoniales y extrapatrimoniales. De esta manera, cualquier lesión significativa, directa, cierta y que no haya sido reparada otorga interés jurídico y legítimo para los consumidores afectados a alegar la reparación integral de todos los daños. En este sentido, el profesor Barros afirma que existen dos consecuencias que siguen al principio de reparación integral: El deber de reparar todos los daños. Esta consecuencia lógica se origina en el caso de marras ante el incumplimiento de la obligación del proveedor, siendo las consecuencias directas las siguientes: - Imposibilidad de contar con el dinero del seguro para el pago de sus exámenes, medicamentos o procedimientos médicos. - Malestar imprevisibles ante la falta de cumplimiento por parte de la aseguradora y su poca respuesta. - Contratar asesoría legal para imponer no solo la acción de autos, sino las cartas de reclamación ante la aseguradora, las cuales tuvieron resultados negativos. - Angustia, estrés, preocupación, inseguridad y un profundo malestar, como consecuencia de lo relatado y que ha provocado un evidente daño extrapatrimonial.- Agrega que la reparación no depende del grado de culpa del demandado: Es a juicio del profesor Barros, que la reparación adecuada de los perjuicios que sufra el consumidor no responde en ninguna de las hipótesis indemnizatorias expresadas en la ley al grado de culpa del proveedor, sino que se limita a las reglas de causalidad objetivamente consideradas que determinan en definitiva los deberes de cuidado del proveedor en el marco de una obligación de consumo. El daño es real, evidente y directo, el cual deberá ser indemnizado como se explicará más

adelante. La demandada ha irrogado los daños y perjuicios ante su evidente incumplimiento de su obligación lo que se ha traducido en un detrimento patrimonial y extrapatrimonial de mi representada, el cual sufre hasta el día de hoy. Respecto al resto de los elementos que constituyen la responsabilidad contractual se puede expresar los siguiente: El incumplimiento de la obligación por parte del deudor: La contraria no cumplió con su obligación principal, el pago del seguro comprometido, a pesar de que su representada se encuentra al día en el pago de sus primas y fue diligente en sus contraprestaciones contractuales. Funda el rechazo del pago del seguro en que su representada contaría con una enfermedad preexistente, lo que no es efectivo, y que demuestra la falta de seriedad en los estudios o tratativas precontractuales de la demandante, quien es ella la que debe asegurarse de la idoneidad del asegurado para ser protegido con la póliza en cuestión. La existencia de daños y perjuicios: Por los hechos descritos, es evidente que su representado ha sufrido un perjuicio patrimonial y extrapatrimonial grave. Respecto de los daños extrapatrimoniales, es evidente que esto ha provocado gran estrés, preocupación, angustia ya ansiedad a una persona de más de 75 años, quien fue diagnosticado de cáncer a la próstata y que su motivo de sentirse relativamente tranquilo, era la existencia de este seguro oncológico. Todo lo anterior da cuenta, mediante un razonamiento lógico simple, que existe un perjuicio grave en su fuero interno que deberá ser indemnizado. Esa parte avalúa prudencialmente dicho perjuicio en la suma de \$5.000.000.- Nexo causal o relación de Causalidad: De mediar el incumplimiento contractual de la contraria, esto es, cumplimiento de forma perfecta, o incluso con retardo, su obligación contractual, no se habrían provocado los daños que se alegan en este libelo. La inexistencia de una causal de exención fe responsabilidad. La mora del deudor. Existiendo todos estos elementos de manera copulativa, la contraria es responsable bajo el estatuto de responsabilidad civil contractual y deberá indemnizar todos los daños ocasionados de manera íntegra y oportunamente. Conforme a lo expuesto y las normas legales aplicables solicita tener por interpuesta esta demanda de

indemnización de perjuicios en contra METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A, la admita a tramitación y la acoja en todas sus partes, declarando lo siguiente: 1.- Que la demandada, ya individualizada, ha incumplido la obligación contractual contenida en el contrato de seguros denominado "SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ONCOLÓGICA + ADICIONALES," celebrado con fecha 18 de octubre de 2022, número de póliza 340018187.- 2.- Que la demandada, ya individualizada según determine V.S: conforme al mérito del proceso, deberán pagar la suma de 300 UNIDADES DE FOMENTO, convertidas a moneda nacional y de curso legal al momento del pago, por concepto de cumplimiento forzado de la obligación contenida en el contrato de seguro denominado "SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ONCOLÓGICA + ADICIONALES" 3.- Que la demandada, ya individualizada, deberá pagar la suma de \$5.000.000.- por concepto de indemnización de perjuicio, o la suma que V.S. determine. 4.- Expresa condena en costas.

SEGUNDO: A fojas 107 y sgtes. rola contestación escrita de la querella y demanda civil de indemnización de perjuicios, señalando que: El procedimiento iniciado por la actora no es el idóneo para resolver el asunto sometido a la decisión de este tribunal. Señala que antes de entrar a contestar el fondo de la querella, es preciso aclarar que el asunto sometido al conocimiento de S.S. no es materia que pueda ser conocida en sede de consumidor, ya que se trata de una controversia que por expresa disposición de la Ley debe ser resuelta en los términos establecidos en el artículo 543 del Código de Comercio, es decir, debe ser conocido por un árbitro o por los tribunales ordinarios. Como se advierte del Título I anterior, la controversia versa sobre el cumplimiento o incumplimiento de un supuesto contrato de seguro y la procedencia de una indemnización reclamada al amparo de este. Esta controversia, versa sobre el cumplimiento de un supuesto contrato de seguro y la procedencia de una indemnización reclamada al amparo de este. Esta controversia, por expresa disposición de la ley, debe ser conocida por un árbitro arbitrador o por los tribunales ordinarios. El artículo 543 de Comercio, norma de orden Público, transcribiéndolo. Cabe señalar que el

inciso siguiente contempla reglas especiales de procedimiento en materia de seguros, particularmente en lo referido a la rendición y valoración de la prueba. Como se adelantó, este litigio se suscita con motivo del cumplimiento o incumplimiento de un contrato de seguro, y sobre la procedencia de una indemnización reclamada a su amparo, por lo que debe ser conocida por la justicia arbitral o, debido a que el monto del siniestro reclamado es inferior a 10.000 UF, por la justicia ordinaria, a opción de la asegurada. En ese sentido, cabe hacer presente que en ningún caso un Juzgado de Policía Local puede considerarse como un tribunal ordinario de justicia, toda vez que el artículo 5° del código orgánico de Tribunales establece expresamente cuales son estos, sin mencionarlos expresamente. En realidad, los Juzgados de Policía Local se rigen por una ley especial para su organización y procedimiento (Ley N°18.287), por lo que son para todos los efectos especiales. La norma de competencia absoluta del artículo 543 del Código de Comercio prima por sobre la competencia de los juzgados de policía local en sede de protección al consumidor por las razones que se exponen a continuación. En primer lugar, Por aplicación del artículo 2° bis de la ley 19.496, el que dispone lo siguiente: "Artículo 2° bis. - No obstante, lo prescrito en el artículo anterior, las normas de esta ley no serán aplicables a las actividades de producción, fabricación, importación, construcción, distribución y comercialización de bienes o de prestación de servicios reguladas por las leyes especiales, salvo: a) En las materias que estas últimas no prevean; b) En lo relativo al procedimiento en las causas en que esté comprometido el interés colectivo o difuso de los consumidores o usuarios, y el derecho a solicitar indemnización mediante dicho procedimiento, y c) En lo relativo al derecho del consumidor o usuario para recurrir en forma individual, conforme al procedimiento que esta ley establece, ante el tribunal correspondiente, a fin de ser indemnizado de todo perjuicio originado en el cumplimiento de una obligación contraída por los proveedores, siempre que no existan procedimientos indemnizatorios en dichas leyes especiales." Para entender la referencia a esta disposición es necesario explicar su estructura: PRIMERA REGLA: Encabezado del art. 2

Bis: La ley 19.496 no es aplicable a, entre otras, las actividades de prestación de servicio reguladas por leyes especiales. Este es el caso de la comercialización de seguros, que se encuentra regulada especialmente en el título VIII del Libro II del Código de Comercio, cuyo texto fue establecido por la Ley 20.667 del 9 de mayo de 2013.- SEGUNDA REGLA: (excepción a la primera regla): letra c) del art. 2 Bis: La ley 19.496 es aplicable a dicha actividad especial en lo referido al procedimiento ante los juzgados de policía local para reclamar la indemnización de perjuicios por incumplimiento de una obligación contraída por el proveedor de dicho servicio.- TERCERA REGLA ☹️ (contra excepción, retorna a la primera regla) frase final de la letra c) del art. 2° Bis: Sin embargo, cuando existen procedimientos indemnizatorios en las leyes especiales, no es aplicable la ley 19.496 por lo que se retorna a la primera regla. Este es el caso de la actividad aseguradora, pues el art. 543 del Código de Comercio contempla reglas especiales de competencia y procedimiento que permiten reclamar la indemnización de perjuicios por el incumplimiento de las obligaciones contraídas por el asegurador.- En definitiva, estamos en este caso ante una actividad de prestación de servicios (seguros) regulada por una ley especial y no es aplicable la Ley 19.496.- Luego cita lo resuelto por la Itma. Corte de Apelaciones de Coyhaique que hacía aplicable el art. 543 del Código de Comercio, debiendo resolverse por Justicia Ordinaria o Tribunal Arbitral. (Rol 37/2022). También cita declaración de oficio de incompetencia de juzgado de policía local, por aplicación del citado art. 543 del Código de Comercio (Rol 1.414/2017).- Agrega que el art. 543 también prima por su especialidad pues: i) su ámbito de aplicación se limita a los contratos de seguro regulados por el Código de Comercio, que es un ámbito más especial que la categoría amplia de contrato de seguro; ii) los sujetos son más limitados, ya que no se refiere a cualquier tipo de consumidor y proveedor, sino a asegurados, contratantes de contratos de seguro o beneficiarios de contratos de seguro, por un lado, y compañías de seguro por el otro; iii) Las materias son más limitadas, restringiéndose a: i) La validez e ineficacia del contrato de seguro; ii) interpretación o aplicación de sus condiciones; iii)

cumplimiento o incumplimiento del contrato de seguro; iv) Procedencia o monto de una indemnización demandada al amparo de contrato de seguro.- Finalmente, el art. 543 del Código de Comercio data del 09 de mayo de 2013, por lo que prima sobre la le 19.496, publicada el 7 de marzo de 1997, en virtud del criterio de la temporalidad.- Por todo lo dicho, cabe concluir que el procedimiento incoado no es el que corresponde, por lo que ruega tenerlo presente y tomar las medidas correctivas que fueren procedentes.-

RELACION ADECUADA Y COMPLETA DE LOS HECHOS: Señala que el relato de los hechos del querellante es parcial e incompleto, pues omite indicar antecedentes fundamentales que permiten dar sentido fáctico y justificación normativa al rechazo del pago del seguro oncológico por parte de Metlife.-

HISTORIAL MEDICO DEL DEMANDANTE. La querella infraccional omite acomodaticiaamente antecedentes médicos fundamentales para resolver este pleito, ninguno de los cuales fue siquiera tangencialmente mencionado por el actor. Por consiguiente, para una mejor comprensión, se expondrá cada uno de ellos en orden cronológico.

1) Ya el 5 de marzo de 2021, el querellante habría tenido las primeras luces sobre el altísimo riesgo que tenía de padecer cáncer a la próstata, según consta de los exámenes médicos que se practicó en el Laboratorio Clínico de IMEX. Los que arrojaron, entonces, un PSA total de 13,026 ng/mL. Tal y como el propio actor señaló en su demanda, el PSA superior a 10 ng/mL es un indicador elocuente de la alta probabilidad de que un paciente pueda sufrir cáncer prostático.

2) Algunos meses después, con fecha 21 de diciembre de 2021, el querellante volvió a tomarse el mismo examen en el mismo centro de salud. El resultado esta vez fue de PSA total de 15,790 ng/mL, superando en consecuencias por mucho los máximos de normalidad.

3) Al año siguiente, con fecha 21 de diciembre de 2022, el actor repitió los exámenes en comento, arrojando la altísima cifra de PSA total de 25,076 ng/mL, esto es, más del doble del máximo considerando ya como altamente preocupante. Es decir, solo dos meses antes de suscribir el contrato por el seguro oncológico, el querellante tuvo en sus manos tres resultados médicos altamente preocupantes, cada uno peor que el otro, cuyo resultado no podía

menos que hacerlo suponer la existencia de un cáncer prostático. Al respecto, cabe comentar que una persona promedio, medianamente razonable, no se efectúa tres exámenes continuos en un periodo relativamente corto de tiempo si es que no tiene sospecha fundada de que puede sufrir una enfermedad como la mencionada. Resulta igualmente inverosímil que el actor no haya sido informado. Señalar como lo hace livianamente en la querella que no podía prever el inminente diagnóstico porque no contaba con los conocimientos técnicos para llegar a una conclusión tan obvia desafía la lógica y la inteligencia de cualquier lector. Por de pronto, nada dijo el querellante sobre este examen en su libelo. Como si lo anterior no fuese suficiente, con fecha 16 de junio de 2022 don Nelson Solar, muy probablemente motivado por los exámenes antes mencionados se practicó una resonancia magnética prostática, cuyo informe fue elaborado por el Dr. Fabian Baier Painemil, medico radiólogo. Las impresiones del médico mencionado fueron las siguientes: "Nódulo en Zona de transición a nivel de base y tercio medio lateralizado a izquierda de aspecto sospechoso" Sobre este último examen pide tener presente dos cosas fundamentales: En primer lugar, "PIRAD" O PI-RADS (por sus siglas en inglés) es un sistema de procesamiento de datos y generación de reportes para imágenes de la próstata, que se traduce en una graduación de probabilidades de que un paciente pueda padecer clínicamente cáncer prostático. La graduación va del 1 al 5, siendo 1 la mínima probabilidad, mientras que 5 la máxima con una probabilidad muy alta, raya en la certeza de padecer cáncer prostático. En segundo lugar, se debe igualmente tener presente que este examen y sus resultados elocuentes le fueron comunicados al Sr. Solar sólo cuatro meses antes de que suscribiera con MetLife el seguro oncológico de autos, sin haberlo mencionado en modo alguno al momento de efectuar su declaración personal de salud. Finalmente, al igual que en el caso anterior, nada dijo el querellante sobre este examen en su libelo, omitiéndolo acomodaticiaamente. En su querella el actor quiere hacer creer a S.S. que los exámenes que se practicó con anterioridad y posterioridad a la suscripción del seguro de autos fueron

solamente rutinarios. Así señala cosas como como que habría sometido voluntariamente a exámenes y hasta a una biopsia solo por precaución, sin ninguna razón que lo motivase a ello. Tal posición, a la luz de lo expuesto y de los antecedentes disponibles, resulta completamente inverosímil y desafía la lógica. Nadie completamente sano se somete tres veces a un examen destinado a medir los PSA Totales, predictores por antonomasia del cáncer prostático. El ciudadano promedio tampoco se somete, sin motivo aparente, a una resonancia magnética de próstata multiparamétrica para determinar la probabilidad cierta de cáncer de próstata, mucho menos a una biopsia para "descartar" dicha enfermedad, sino ya sólo para confirmarla. Antecedentes contractuales y siniestro del seguro: Según consta en las condiciones particulares de la Póliza N°3400I8187, don Nelson German Solar Lagos, es asegurado del "Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica". La referida Póliza contiene una cobertura oncológica de un pago, por una sola vez al asegurado, ya sea Titular o Adicional, de la suma de 300 UF (Trescientas Unidades de Fomento) en el evento de que, durante la vigencia del seguro, sea diagnosticado, por primera vez, de un cáncer o tipo de cáncer. En mérito de lo anterior, el actor denunció ante mi representada el siniestro de fecha 18 de agosto de 2023, con motivo de un diagnóstico por cáncer prostático. Con motivo de ello, con fecha 3 de octubre se emitió el informe de la liquidación en el cual se rechaza la cobertura reclamada porque "el querellante tenía antecedentes de cáncer de próstata desde marzo de 2021, Condición que no fue declarada en el contrato de seguro". Lo resuelto por MetLife fue impugnado por el querellante, aduciendo las mismas razones que ahora en su libelo. Sin embargo, con fecha 4 de diciembre de 2023 el Departamento de Beneficios de mi mandante decidió, con justa razón, mantener lo resuelto porque" según antecedentes médicos aportados el asegurado tenía antecedentes de cáncer de próstata desde marzo de 2021 y el seguro que contratado con fecha 14 de octubre de 2022. En atención a lo expuesto, el rechazo emitido por esta compañía se ajusta plenamente a derecho". La legalidad de dicha decisión será señalada en el Título IV letra A siguiente. Los documentos que

se tuvieron a la vista para resolver de tal modo han sido en su mayoría mencionados en esta contestación, sin perjuicio de lo cual tanto aquéllos como otros que fueren pertinentes serán acompañados a estos autos en la instancia procesal pertinente.- Aclaración del motivo por el cual el primero de los seguros contratados por el querellante sí se pagó por parte de MetLife: Señala que corresponde ahora hacernos cargo de una afirmación del querellante mediante la cual malintencionadamente pretende confundir a S.S., entremezclando hechos, fechas y contratos diferentes. Como ya se adelantó, el actor, bajo su particular punto de vista, afirma que no resultaría lógico el rechazo del informe de liquidación por el seguro oncológico en disputa, en circunstancias que Metlife sí le pagó otro seguro por enfermedades graves, contratado el año 2020 y siniestrado por el mismo diagnóstico de cáncer. Sostiene con ello, que, al haber aceptado el siniestro en uno de los seguros, debiera hacerlo igualmente con respecto al de autos, porque - supuestamente- mi mandante habría *"reconocido de que el diagnóstico configuraba una de las enfermedades que se encontraban aseguradas, pero no efectuó el pago del seguro oncológico referido"*. Lo anterior es falso, por diversos motivos. Ante todo, debemos aclarar que el querellante contrató con MetLife un seguro por enfermedades graves (Póliza N°340013007) y recién años después, contrató con mi mandante el seguro que motiva estos autos (Póliza N°340018187). Si bien ambos cubren, entre otros eventos, un siniestro por cáncer, aquello es lo único que los asemeja. Todo lo que dice relación con la cobertura del seguro y, por sobre todo, con las fechas de contratación, es completamente diferente entre ambos, siendo ese el motivo por el cual mientras en uno se aceptó el siniestro, en otro se rechazó. Para comprender lo antes dicho resulta esencial atender al orden cronológico de los eventos, pues solo así se verán los motivos justificados tras aquella distinción. Con fecha 5 de marzo de 2020 el Sr. Solar contrató un seguro de enfermedades graves, Póliza N°340013007, cuya cobertura alcanza, entre otras enfermedades, el cáncer (limitándolo, en ese especial caso, al pago de 80.000 UF). Hasta entonces, esto es, al momento de la suscripción de dicho seguro, el querellante no tenía antecedentes médicos

que fueran si quiera indiciarios de un cáncer de próstata o de otra preexistencia. Por dicha obvia razón es que, cuando siniestró la póliza en comento, mi mandante acogió la solicitud y procedió al pago por el monto acordado. Luego de ello, tal y como ya se expuso previamente, el querellante comenzó un proceso continuo de exámenes médicos cuyos resultados fueron progresivamente más graves cada vez. Todos estos exámenes se efectuaron con posterioridad a la suscripción de la Póliza N°340013007, pero -he aquí lo importante- con anterioridad a la suscripción de la Póliza N°340018187. A saber: a) El 5 de marzo de 2021, examen practicado en el Laboratorio Clínico de IMEX: PSA Total de 13,026 ng/mL. b) El 21 de diciembre de 2021, examen practicado en el Laboratorio Clínico de IMEX: PSA Total de 15,790 ng/mL.; c) El 7 de junio de 2022, examen practicado en el Laboratorio Clínico de IMEX: PSA Total de 25,076 ng/mL, esto es, más del doble del máximo considerado ya como altamente preocupante; d) El 16 de junio de 2022, resonancia magnética de próstata multiparamétrica: PI-RADS 5. Tras todos esos exámenes es que el querellante contrató recién en octubre de 2022 el seguro por enfermedades oncológicas cuyo siniestro fue rechazado por el lógico y evidente motivo de "preexistencia". Así las cosas, el libelo pretende confundir a S.S. haciéndole creer que ambos seguros se encuentran en idéntica situación. Solo si así fuese entonces su alegación por una supuesta arbitrariedad alojada tras la disímil decisión de aceptar el siniestro en una póliza y rechazarlo en la otra tendría algo de sentido. Sin embargo, todo este artificioso relate se derrumba si se presta atención a las fechas, pues queda claro porqué uno fue aceptado mientras que otro, el de autos, fue rechazado por preexistencia. Línea de tiempo de los hechos: Para mayor ilustración, copiaré a continuación una línea de tiempo de los acontecimientos más importantes, con lo cual se demuestra la veracidad de todo lo antes expuesto y la inconsistencia y mala fe tras el relato del querellante en su demanda.

26-06-2020	Contratación del seguro por Enfermedades Graves, POL340013007.
05-03-2021	Exámenes. Laboratorio Clínico IMEX, Quimioluminiscencia. PSA TOTAL: 13,026 ng/mL (<4,000).
21-12-2021	Exámenes. Laboratorio Clínico IMEX, Quimioluminiscencia. PSA TOTAL: 15,790 ng/mL (<4,000).
07-06-2022	Exámenes. Laboratorio Clínico IMEX, Quimioluminiscencia. PSA TOTAL: 25,076 ng/mL (<4,000).
16-06-2022	Resonancia magnética de próstata (multiparamétrica): "PIRADS 5".
14-10-2022	Contratación del seguro colectivo Oncológico y declaración personal de salud.

Cumplimiento por parte de MetLife tanto del contrato de seguro, como de la normativa aplicable: Sobre el contenido del contrato, el cumplimiento de la normativa aplicable por parte de MetLife y ausencia o alteración del riesgo asegurado como consecuencia de la conducta del querellante. A partir de los hechos expuestos, se logra apreciar que el actuar de mi representada se encuentra del todo ajustada a la normativa que rige en la materia, y, por consiguiente, que ha dado estricto cumplimiento al contrato celebrado. Ello, pues Metlife ha dado estricto cumplimiento al contrato de seguro oncológico que vincula a las partes, pues se ha negado una solicitud de reembolso de gastos médicos porque que la Compañía de Seguros se encuentra exonerada de la obligación de indemnizar el siniestro debido a la existencia de omisiones inexcusables en la declaración precontractual del riesgo, y porque el siniestro ha sido causado por una situación de salud preexistente que se encuentra excluida de cobertura. En efecto, antes del 18 de octubre de 2022, esto es, previo a la contratación del seguro y de efectuar la declaración precontractual del riesgo o declaración personal de salud ("DPS"), ya estaba en conocimiento, al menos, de una complicada situación de salud que debió haber sido declarada, pues constaban sendos exámenes médicos, todos los cuales confirmaban con mayor gravedad el diagnóstico de un cáncer de próstata, situación constitutiva de preexistencia. Así, el querellante incumplió con lo establecido al no haber declarado todos los antecedentes médicos de los que disponía con anterioridad a la contratación del seguro, alterando con ello el riesgo transmitido a mi mandante y, con ello, un

elemento esencial para dar cumplimiento al pago cubierto por la póliza. Sobre la indicación del asegurado al momento de contratar de haberse realizado chequeos médicos completos, cuyos resultados no informó oportunamente: El querellante al momento de la suscripción telefónica del seguro de salud el actor, junto con haber negado padecer cáncer, agregó lo siguiente "me he hecho chequeos médicos completos", no pudiendo menos que referirse a los exámenes de los que ya hemos dado cuenta con anterioridad. A pesar de ello, no informó cómo era debido el resultado de tales exámenes. Como hemos visto, a pesar de la evidencia médica que da cuenta del tratamiento y la negativa situación de salud que padecía el actor, al suscribir el contrato verbalmente afirmó haberse realizado completos chequeos médicos, pero omitió señalar cuáles fueron sus resultados, los que, conforme a las reglas de la lógica y las máximas de la experiencia, no podía no saber que eran indicativos de cáncer prostático. Por consiguiente, el actuar de mi representada es del todo justificado y se ha ceñido al contenido de la Póliza N°340018187 y de las condiciones generales del seguro antes citadas, pues, habiendo revisado los antecedentes remitidos por el asegurado, se pudo constatar que éste padecía de antecedentes médicos relevantes con anterioridad a la fecha de la suscripción del contrato, circunstancias que no solo omitió, sino que además lo llevó a afirmar que en exámenes médicos realizados no le habían encontrado nada. Al efecto, los términos generales de la Póliza asociadas al seguro (POL320130102) establecen lo siguiente: "ARTICULO 7°. 'DECLARACIONES DEL ASEGURADO. 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 . Asimismo, el artículo 591 del Código de Comercio establece: *Enfermedades y dolencias preexistentes. Sólo*

podrán considerarse preexistentes aquellos enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidos por el asegurado o por quien contrata en su favor". De las definiciones legales y contractuales citadas se desprende que el concepto de preexistencia, contrario a lo afirmado por el querellante, se extiende tanto enfermedades como dolencias o situaciones de salud, sea que hayan sido diagnosticadas, o, alternativamente, que hayan sido conocidas por el asegurado ("dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidos por el asegurado"). Tal como se demostrará en la etapa probatoria correspondiente, al momento de contratar el seguro oncológico, no solo padecía "situaciones de salud", sino que eran además "conocidas por el asegurado", según los términos del artículo 591 del Código de Comercio. De esta forma, los antecedentes médicos del Sr. Solar, de reciente data respecto a la contratación del seguro, eran relevante y no podía indicar que los exámenes médicos que se realizó, que daban cuenta de antecedentes graves, no eran "nada", como erróneamente lo señaló. Esto alteró gravemente el riesgo asumido por la Compañía y hace procedente el rechazo de la cobertura pretendida. La compañía se encuentra exonerada de la obligación contractual de indemnizar el siniestro: Señala que se explicará en este capítulo cómo la omisión en la declaración precontractual del riesgo de dos situaciones que son fundamentales para que la Compañía haga una correcta apreciación del riesgo exime a su representada de la obligación de indemnizar el siniestro. Al efecto, la recurrente no solo afirmó que no padecía cáncer, sino que omitió además declarar que, en la misma época en que contrató el seguro, ya tenía pleno conocimiento de al menos cuatro exámenes médicos que daban cuenta de una altísima probabilidad de padecer cáncer prostático. A mayor abundamiento, el asegurado señaló expresa y espontáneamente haberse realizado chequeos médicos, sin agregar, como le era debido, que estos habrían arrojado como resultado la muy alta probabilidad de cáncer a la próstata. En este sentido, el artículo 524 del Código de Comercio establece cuáles son las obligaciones del asegurado en un contrato de seguro, disponiendo en su numeral 1º que: *Obligaciones del asegurado. El asegurado estará obligado a: 1º. Declarar*

sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos'. Lo anterior se debe a que el contrato de seguro es un contrato que tiene por objeto la transferencia de un riesgo del asegurado a la aseguradora, a cambio del pago de una prima, de modo que es fundamental para el asegurador, a efectos de decidir contratar o no y bajo qué condiciones, poder apreciar correctamente el riesgo que está asumiendo. Para efectos del contrato de marras, se demostrará que el Sr. Solar, hace pocos meses, se había practicado una resonancia magnética multiparamétrica de próstata cuyo informe de resultados indicaron que se hallaba comprendido dentro del rango PI-RADS 5, término que da cuenta de una altísima probabilidad, rayando en la certeza, de que el paciente sufre de cáncer prostático. Esto alteró gravemente el riesgo asumido por la Compañía e hizo procedente el rechazo de cobertura. Es de tal importancia que la Aseguradora tome conocimiento del riesgo que se le va a transferir, que el legislador ha dispuesto una sanción especial al asegurado, liberando a la Compañía de Seguros de tener que efectuar el pago de la indemnización. Lo anterior se relaciona con que el contrato de seguro es un contrato de máxima buena fe, en que se exige que tanto el asegurado como asegurador sean claros y honestos con los riesgos que se transfieren y asumen. MetLife no ha incurrido en infracción alguna a la Ley 19.496 (LPC). Junto con lo anterior, queda igualmente claro que MetLife tampoco ha incurrido en infracción alguna a la LDPC. Ante todo, cabe recalcar que es carga probatoria de la querellante acreditar que su representada ha incurrido en las infracciones a la LPC que denuncia, las cuales desde ya se niegan rotundamente. Cabe hacer presente asimismo que, para ello, debe probar la concurrencia de supuestos de hechos específicamente contemplados en normas previstas en la citada Ley que permitan establecer con claridad la responsabilidad infraccional de su mandante. Sin embargo, a la Luz del libelo acusatorio y de los antecedentes de los que se sirve para formular sus acusaciones, ha sido del todo incapaz dar cumplimiento a dicho requisito. Por el contrario, esta parte ha dado en la presente contestación -a diferencia de la demandante- un relato completo

y, por, sobre todo, cronológicamente coherente acerca del curso real de los hechos. Asimismo, ha dado cuenta de la existencia de todos los antecedentes médicos disponibles para arribar a la decisión de rechazar el cobro del seguro, sin omitir algunos por mera conveniencia y sin confundir diferentes contratos que nada tienen que ver entre sí con el espurio propósito de sacar algún provecho del enredo -como sí lo hizo el actor. En resumidas cuentas, el querellante no ha si quiera hecho un relato completo, coherente y cronológicamente adecuado de los acontecimientos, por lo que mucho menos ha logrado acreditar la concurrencia de los supuestos de hecho infraccionales que imputa a su mandante. En paralelo, esta parte sí expuso a S.S. con claridad cómo ocurrieron los hechos y ha indicado cada uno de los antecedentes médicos tenidos a la vista para resolver el rechazo del cobro del seguro. Por consiguiente, al respecto, no existe infracción alguna a la LPC. Finalmente, en relación con la liviana acusación que hace el querellante contra su representada relativa a una supuesta infracción a la letra B del artículo 3 de la LPC, cabe mencionar que no existe una deficiencia en la información proporcionada como malamente sugiere, pues si lo que el actor quería conocer era el contenido del contrato que suscribió voluntariamente, le bastaba con acudir a las Condiciones Especiales de la Póliza de las que disponía, o bien a las Condiciones Generales de la Póliza disponibles para el público en el sitio de internet de la Comisión para el Mercado Financiero. En otros términos, si pretendía conocer el contenido del contrato y sus alcances, le bastaba con revisar los términos del contrato. Como excuso final es preciso señalar que todas las pólizas de Condiciones Generales deben ser aprobadas por la Comisión para el Mercado Financiero, institución que prohíbe su uso si en su contenido constan cláusulas abusivas. Pues bien, las Condiciones Generales del Seguro de autos no han sido prohibidas. Por otra parte, las Condiciones Particulares se hacen a partir del modelo que entrega una determinada póliza de Condiciones Generales. Todo esto da cuenta de cómo la legislación especial de seguros resguarda al asegurado, estableciendo estos mecanismos para asegurar que todas las pólizas emitidas se conformen a derecho, y haya claridad en

cuanto al Seguro contratado. Por todo lo expuesto, el querellante no tiene motivo alguno para alegar infracciones de parte de su representada, sea con respecto al contenido mismo de las pólizas, sea con respecto a las obligaciones adicionales que le empecen relativas al respecto de la normativa aplicable y el otorgamiento de información disponible. POR TANTO, solicita tener por contestada la querella infraccional por supuestas infracciones a la Ley 19.496, solicitando su absoluto rechazo, y, en definitiva, que se declare: a) Que MetLife no ha incumplido el contrato de seguros, Póliza 340018187; b) Que MetLife no ha cometido infracción alguna a la Ley N°19.496; c) Que se rechaza la querella infraccional deducida por el actor contra MetLife; y d) Que se condena en costas del querellante.- En el PRIMER OTROSÍ contestó la demanda civil de indemnización de perjuicios de autos solicitando su íntegro rechazo, con costas, en virtud de los argumentos de hecho y de derecho que pasó a exponer: Antecedentes de hecho: En virtud del principio de economía procesal, solicitó tener por expresamente reproducidos los hechos expuestos en el capítulo III de lo principal de su presentación. En sede de consumidor no hay responsabilidad sin infracción: En lo que respecta a este punto, conforme al principio de economía procesal, solicitó tener por enteramente reproducido y para todos los efectos lo expuesto por esta parte en el Título IV de lo principal. Así las cosas, atendida la inexistencia de infracción a las normas de la LPC, resulta improcedente la demanda indemnizatoria, ya que al no existir infracción no hay, por consecuencia, responsabilidad civil. En la especie, la acción indemnizatoria es improcedente porque no hay responsabilidad contravencional y la responsabilidad civil solo surge si se constata dicha infracción. En otras palabras, en sede de consumidor no existe indemnización sin infracción. En efecto, el artículo 50 de la LPC da Lugar a las acciones destinadas a obtener la indemnización de perjuicios solo cuando existe un "incumplimiento de las normas contenidas en la presente Ley. De esta manera, la demanda civil en sede de consumidor es accesoria a la denuncia infraccional en el sentido de que es necesario constatar la infracción y acreditar la existencia de perjuicios como consecuencia de ésta para que el afectado tenga derecho al

reparo correspondiente. Por consiguiente, no se trata demanda indemnizatoria autónoma, sino tributaria de la infraccional para el solo efecto de resarcir el daño provocado por la conducta contravencional. Por lo tanto, el daño que alega el demandante no es indemnizable, ya que debe ser consecuencia inmediata de la obligación que se alega incumplida, lo que en el caso de autos no ocurre, pues, como se señaló, no existe infracción a las normas de la LPC, debiendo ser rechazada la demanda indemnizatoria, con expresa y ejemplar condena en costas. Inexistencia de los elementos de la responsabilidad contractual: Sin perjuicio de lo señalado previamente, si se revisan los fundamentos que da el actor para justificar una supuesta responsabilidad civil de su mandante, puede advertirse una completa falta de precisión y claridad que hace imposible comprender la naturaleza concreta de los daños que reclama. Por ejemplo, señala el querellante, sin ahondar en absoluto al respecto, que habría sufrido los siguientes daños: a) *Imposibilidad de contar con el dinero del seguro para el pago de sus exámenes.* ¿Pretende el actor entonces que se le pague este monto a título de indemnización de perjuicios o exige en cambio el cumplimiento forzado del contrato? Ambas instituciones son completamente diferentes, pero el querellante parece no advertirlo, pues primero exige que S.S. ordene a esta parte a cumplir con la obligación contraída y acto seguido, exige, además, ser resarcido por el monto que dejó de percibir. Si S.S. atendiera a esta petición tal y como está formulada, en realidad habría un enriquecimiento sin causa, toda vez que recibiría doblemente un monto de dinero a título de cumplimiento del contrato y a título de indemnización de perjuicios. Confusiones como la referida se repiten a lo largo de toda la demanda.- b) *Malestar imprevisible ante la falta de cumplimiento por parte de la aseguradora y su poca respuesta.* ¿A qué título se requiere el supuesto daño? El demandante no lo explicita. Se puede subentender -aunque la carga de explicarlo es del actor- que se está refiriendo a los aparentes perjuicios a título de daño moral. Sin embargo, no desarrolla en lo absoluto la idea, ni si quiera es capaz de explicar cuáles son los malestares que refiere, cuándo se produjeron, qué le provocaron en concreto, cuál fue su

intensidad, si acaso tenía algún trastorno psicológico basal que hubiere empeorado su situación, entre otros aspectos esenciales para concederlos. Nada de esto se explica en la demanda. c) *Contratar asesoría legal para interponer no solo la acción de autos*. De nuevo, no explicita la demanda a qué título de indemnización de perjuicios se deben reparar estos daños, siendo su carga señalarlo. d) *Angustia, estrés, preocupación, inseguridad y un profundo malestar*. Surge otra vez la interrogante: ¿a qué título se exige el daño? Suponiendo que se trata de daño moral, no profundiza en lo absoluto en los cuadros psicológicos que señala. Lo anterior es lo único que la demandante argumentó en su libelo para requerir que se condene a mi mandante a reparar supuestos perjuicios. Sin perjuicio de la profunda vaguedad de sus afirmaciones, arbitrariamente y sin ningún parámetro razonable pide a S.S. condenar a MetLife a un monto de \$5.000.000 y omite en su petitorio reclamar cualquier otro monto a título de daño emergente o lucro cesante, contrariando entonces sus propios razonamientos previos. Por otra parte, cabe recordar que solamente son indemnizables los daños morales previsibles, y no es previsible que el solo incumplimiento de una obligación dineraria cause en el acreedor una afectación psíquica grave, superior a la molestia común derivada de tales incumplimientos. Es decir, no es previsible que un incumplimiento como el alegado vaya a provocar un sufrimiento psíquico de entidad suficiente para ser indemnizable, como el que alega haber experimentado el actor, por lo que este capítulo indemnizatorio tendría que ser rechazado incluso de ser efectivo que tal sufrimiento existió (lo que esta parte niega rotundamente). Por otra parte, el eventual estrés causado por un tratamiento oncológico sería sufrido por el asegurado incluso si su representada hubiese pagado la cobertura reclamada, por lo que no tiene relación alguna con el cumplimiento o incumplimiento del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, igualmente esta parte recalca nuevamente que no se encuentra justificada la existencia de un daño moral indemnizable. Finalmente, tal como ya se explicó, al no haber daños que indemnizar ni incumplimiento del contrato de Seguro, no puede existir un nexo causal entre éstos, y, por consiguiente, en ningún caso es

procedente la demanda de indemnización de perjuicios interpuesta por don Nelson Solar Lagos. POR TANTO, solicita tener por contestada la demanda de indemnización de perjuicios, solicitando su total y absoluto rechazo, con expresa y ejemplar condena en costas.-

TERCERO: PRUEBA DOCUMENTAL DE LA PARTE QUERELLANTE Y DEMANDANTE CIVIL:

1. Contrato de seguro denominado "SEGURO ENFERMEDADES GRAVES BANCOESTADO" de fecha 26 de junio de 2020, celebrado entre Metlife Seguros y don Nelson Solar Lagos.
2. Contrato de seguro denominado "SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ONCOLOGICA + ADICIONALES" de fecha 18 de octubre de 2022, celebrado entre Metlife Seguros y don Nelson Solar Lagos.
- 3.- Correo electrónico de fecha 19 de octubre de 2023, asunto "NELSON SOLAR: Impugna liquidación de seguro 2309070085", en la cual el señor Solar informa la impugnación de liquidación de seguro 2309070085, número de póliza de seguro 340018187.
- 4.- Carta de impugnación que fue adjuntada junto al correo electrónico de 19 de octubre de 2023.
- 5.- Correo electrónico de fecha 6 de noviembre de 2023, asunto "Consulta sobre impugnación de seguro" en la cual el señor Solar consulta por la demora de respuesta respecto de la impugnación de liquidación de seguro 2309070085, número de póliza de seguro 340018187.
- 6.- Respuesta de METLIFE SEGUROS mediante Ref.: BECS-221485, Respuesta Apelación Siniestro, Póliza N°340018187, de fecha 04 de diciembre de 2023, en la cual informa se rechaza apelación de siniestro.
- 7.-Cadena de correos de fecha 21 de diciembre de 2023, asunto "De

Interés!!! por tu Siniestro" en la cual informa BancoEstado Corredores de Seguros, luego de una revisión "post apelación" que se mantendrá rechazado el siniestro denunciado.

8.- Cadena de correos de fecha 13 de octubre de 2023, asunto "SOLICITA GRABACIÓN CONTRATO SEGURO" en la cual don Nelson Solar solicita copia del audio de la conversación donde le ofrecen el contrato de seguro oncológico.

9.- Cadena de correos de fecha 17 de octubre de 2023, asunto "Pago de Siniestro: Abonado" en el cual informa BancoEstado Corredores de Seguros el pago del seguro de enfermedades graves.

10.- Historial de exámenes médicos del señor Nelson Solar Lagos que abarca exámenes en IMEX laboratorio clínico, SIRESA, que comprende entre el 14 de enero de 2005 al 19 de febrero de 2015.

11.- Ficha de atención de urgencia de la clínica alemana de fecha 20 de agosto de 2012, ingresando con cefaleas, cuadro febril de 38,9 °C y otras dolencias, el cual incluye exámenes de laboratorio clínico de dicha clínica del 29 de agosto de 2012.

12.- Exámenes de laboratorio médico IMEX, fecha de muestra 05 de marzo de 2021, del señor NELSON SOLAR LAGOS, que da cuenta de un PSA TOTAL DE 13,026 mg/ml.

13.- Exámenes de LABORATORIO CLINICO IMEX, fecha de muestra 07 de junio de 2022, del señor NELSON SOLAR LAGOS, que da cuenta de un PSA TOTAL DE 25,076 mg/ml.

14.- Informe de resonancia magnética de próstata (multiparamétrica) del señor Nelson Solar Lagos, de fecha 16 de junio de 2022, en la cual se informa un nódulo en zona de transición a nivel de base y tercio medio lateralizado a izquierda de aspecto sospechoso (PIRADS 5), el cual incluye

el respectivo informe de biopsia, el cual informa respecto de ambas glándulas prostáticas negativo para neoplasia maligna.

15.- Certificado de Bonos emitido por FONASA, beneficiario señor Nelson Solar Lagos, de un periodo comprendido entre el 01 de enero de 2019 al 31 de agosto de 2023

16.- Certificado médico emitido por el doctor Marcelo Torrejón Villalón, de fecha 18 de octubre de 2023 que da cuenta y acredita que el señor Nelson Solar Lagos no padecía de cáncer prostático al 18 de agosto de 2022, conforme a biopsia ya referida.

17.- Examen LABORATORIO CLINICO IMEX, fecha de muestra 08 de marzo de 2023, del señor NELSON SOLAR LAGOS, que da cuenta de un PSA TOTAL DE 17,811 mg/ml.

18.- Informe de resonancia magnética multiparamétrica de próstata, de fecha de examen 14 de abril de 2023 de RED SALUD, emitido por el doctor Maximiliano Miranda, médico radiólogo, cuya impresión es de "foco de muy alta sospecha para neoplasia clínicamente significativa en la base y tercio medio de la zona de transición a izquierda, de similar tamaño respecto a estudio previo PIRADS 5.

19.- Informe médico emitido por el médico Camilo Sandoval Herrera, de fecha 24 de mayo de 2023, en la cual se diagnostica tumor maligno de la próstata en estado de sospecha.

20.- Plan de tratamiento quirúrgico de la Fundación Arturo López Pérez de fecha 24 de mayo de 2023, en la cual se cotiza el coste de una biopsia estereotáxica digital de próstata del señor Nelson Solar Lagos.

21.- Epicrisis de la Fundación Arturo López Pérez, emitida con fecha 27 de julio de 2023, emitida por el médico Camilo Sandoval Herrera, cuyo diagnóstico de egreso es tumor maligno de la próstata, el cual incluye un

informe médico del mismo médico tratante, respecto del paciente Nelson Solar Lagos

22.- Informe Anatomopatológico de la Fundación Arturo López Pérez, emitida con fecha 27 de julio de 2023, emitida por el médico Manuel Meneses Ciuffardi, respecto del paciente Nelson Solar Lagos.

23.- Publicación web de la AMERICAN CANCER SOCIETY que da cuenta de las pruebas de detección para el cáncer de próstata.

LA PARTE QUERELLADA Y DEMANDADA OBJETA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

Por falta de integridad, el signado con el número 3 y el número 8, por cuanto en el correo a parecen documentos adjuntos y no se acompañan, no siendo posible conocer su contenido. Lo anterior, en razón de lo dispuesto en el art. 346 N° 3 del Código de Procedimiento Civil.

CUARTO: LA PARTE QUERELLADA Y DEMANDADA ACOMPAÑA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Condiciones particulares de Póliza N 340018187 celebrada por Metlife Chile Seguros de Vida S.A. y don Nelson German Solar Lagos, cédula de identidad N°5.482.426-2.
2. Condiciones Generales de la Póliza N 340018187, incorporadas al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL320130102.
3. Condiciones particulares de Póliza N°N°340013007 celebrada por Metlife Chile Seguros de Vida S.A. y don Nelson German Solar Lagos, cédula de identidad N°5.482.426-2.
4. Examen de fecha 5 de marzo de 2021 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson.

5. Examen de fecha 21 de diciembre de 2021 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson.
6. Examen de fecha 7 de junio de 2022 realizado en Laboratorio Clínico INIEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson.
7. Informe de examen de resonancia magnética de próstata (multiparamétrica) de fecha 16 de junio de 2022, suscrito por el Dr. Fabián Baier Painemil.
8. Examen de fecha 8 de marzo de 2023, realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson.
9. Informe de resonancia magnética multiparamétrica de fecha 14 de abril de 2023, realizado por el Dr. Maximiliano Miranda.
10. Informe médico elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 24 de mayo de 2023, por el Dr. Camilo Sandoval Herrera.
11. Plan de tratamiento quirúrgico elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 24 de mayo de 2024, por el Dr. Camilo Sandoval Herrera
12. Presupuesto médico elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 25 de mayo de 2023
13. Epicrisis elaborada en Fundación Arturo Pérez, fecha 27 de junio de 2023, por el Dr. Camilo Sandoval Herrera.
14. Informe médico elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 27 de julio de 2023, elaborado por el Dr. Camilo Sandoval Herrera.
15. Informe anatomopatológico elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 14 de agosto de 2023, por el Dr. Manuel Meneses Ciuffardi.
16. Solicitud médica nuclear de examen sintigrafía ósea, elaborado en

Fundación Arturo Pérez, de fecha 18 de agosto de 2023, por el Dr. Camilo Sandoval Herrera.

17. Solicitud de imagenología elaborado en Fundación Arturo Pérez, de fecha 18 de agosto de 2023, por el Dr. Camilo Herrera Sandoval.

18. Informe de rechazo de cobertura de seguro de salud por preexistencia, de fecha 3 de octubre de 2023

19. Confirmación de rechazo de cobertura del seguro por preexistencia por Póliza N 340018187, de fecha 4 de diciembre de 2023..

20.- Certificado de Bonos emitido por FONASA, del beneficiario señor Nelson Solar Lagos, de un periodo comprendido entre el 01 de enero de 2019 al 31 de agosto de 2023.

LA PARTE QUERELLADA Y DEMANDADA solicita se oficie a las siguientes instituciones de salud:

1. Laboratorio clínico IMEX, RUT 78.258.910-5, domiciliado en calle Dinamarca 651 de Temuco, con el objeto que remita al tribunal todos los resultados e informes de exámenes realizados a don NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS Rut 5.482.426-2 desde enero de 2019 hasta febrero de 2024, ambos meses inclusive, y que digan relación con el tratamiento, exámenes y consultas relativas a patologías o al estado general de la próstata, los que no fueron informados, no insistiendo las partes en ello.-
2. Clínica Red Salud Mayor Temuco, rut 96.774.580-4, domiciliada en Av. Gabriela Mistral 1955 de Temuco, con el objeto que remita al tribunal todos los resultados e informes de exámenes realizados a don NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS Rut 5.482.426-2 desde enero de 2019 hasta febrero de 2024, ambos meses inclusive, y que digan relación con el tratamiento, exámenes y consultas relativas a

patologías o al estado general de la próstata. cuyos documentos rolan a fjs. 284 y sgtes.-

3. Al Instituto Clínico Oncológico Fundación Arturo López Pérez RUT 70.377.400-8, domiciliado en Avenida José Manuel Infante 805, Comuna de Providencia, correo callcenter@fapl.org, con el objeto que remita al tribunal todos los resultados e informes de exámenes realizados a don NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS Rut 5.482.426-2 desde enero de 2019 hasta febrero de 2024, ambos meses inclusive, y que digan relación con el tratamiento, exámenes y consultas relativas a patologías o al estado general de la próstata, cuyos documentos rolan a fjs. 244 y sgtes.-

Por último, la parte querellada y demanda pide se escuche AUDIO DE LA LLAMADA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO Y DE LA DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD, que envía al correo electrónico del Tribunal.-

CONSIDERANDO:

EN CUANTO A LA OBJECION DE DOCUMENTOS:

Atendido que el Tribunal resuelve de acuerdo a las reglas de la sana crítica, no se dará a la objeción documental planteada por la parte querellada y demandada civil, sin perjuicio, de ponderar dichos documentos, si hubieren sido acompañados efectivamente, y los argumentos de objeción, en la medida que sean un aporte para la decisión de este sentenciador.-

EN CUANTO A LO INFRACCIONAL:

PRIMERO: Don GONZALO HERNÁN MEZA OSSES, en representación de NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS interpone querella infraccional de la Ley 19.496 y demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A por grave infracción a los derechos

tutelados en la ley 19.490 refundido actualmente en el Decreto con Fuerza de Ley número 3 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo publicado el 31 de mayo del 2021, ante el incumplimiento contractual del contrato de seguro celebrado entre su representado y la demandada, los cuales constituyen un grave daño a él como consumidor, y lo dejan sin posibilidad de proteger el bien asegurado e infringe normas de Derecho Público, vulnerando e infringiendo lo establecido en el artículo 3 E y 12 de la ley 19.496, lo que en suma, lo hacen responsable de infracción a la Ley 19.496, siendo aplicable la multa del artículo 24 del cuerpo legal señalado, por los hechos que latamente ha descrito y que se contienen en la cláusula primera de la parte expositiva de autos, que pueden resumirse en que debido a examen el día 27 de julio del 2023, se le diagnosticó tumor maligno de próstata, en etapa muy inicial. Con fecha 07 de septiembre de 2023, ingresó el siniestro bajo el número 2309070085, denunciando los hechos ocurridos y con el diagnóstico respectivo, solicitando que fuese pagado el seguro comprometido. Con fecha 10 de octubre de 2023 recibió el informe del liquidador, el cual fue rechazado por enfermedad preexistente no declarada en DPS. Indica que, para la aseguradora, el haber sido diagnosticado de cáncer en el mes de julio del 2023 sería motivo de ser rechazada la indemnización a pesar de que el contrato fue celebrado en octubre del 2022. Concluye solicitando tener por interpuesta la querella infraccional, acogerla en todas sus partes, señalando que la demandada ha infringido los arts. 3 literal E y 12 de la Ley 19.496, debiendo pagar la suma de 300 unidades tributarias mensuales, con costas.-

SEGUNDO: La parte querellada contesta la querella infraccional, conforme a lo expuesto en la cláusula segunda de la parte expositiva, que, en lo medular dice que de acuerdo a la Póliza N°3400I8187, don Nelson German Solar Lagos, es asegurado del "Seguro Muerte Accidental y Cobertura Oncológica", que contiene una cobertura oncológica de un pago, por una sola vez al asegurado, ya sea Titular o Adicional, de la suma de 300 UF (Trescientas Unidades de Fomento) en el evento de que, durante la vigencia del seguro, sea diagnosticado, por primera vez, de un cáncer o tipo de

cáncer. En mérito de lo anterior, el actor denunció ante mi representada el siniestro de fecha 18 de agosto de 2023, con motivo de un diagnóstico por cáncer prostático. Con motivo de ello, con fecha 3 de octubre se rechaza la cobertura reclamada porque "el querellante tenía antecedentes de cáncer de próstata desde marzo de 2021, Condición que no fue declarada en el contrato de seguro". Lo resuelto por MetLife fue impugnado por el querellante y con fecha 4 de diciembre de 2023 se decidió mantener lo resuelto porque" según antecedentes médicos aportados el asegurado tenía antecedentes de cáncer de próstata desde marzo de 2021 y el seguro que contratado con fecha 14 de octubre de 2022. En atención o lo expuesto, el rechazo emitido por esta compañía se ajusta plenamente a derecho, solicitando su absoluto rechazo, y, en definitiva, que se declare: que MetLife no ha incumplido el contrato de seguros; que no ha cometido infracción alguna a la Ley N°19.496; que se rechace la querella infraccional, con costas.-

TERCERO: Que la parte querellada no planteó derechamente la incompetencia del Tribunal, sino que señaló que el procedimiento incoado no es el que corresponde, por las argumentaciones que fundadamente indica, por lo que ruega tenerlo presente y tomar las medidas correctivas que fueren procedentes.-

Al respecto, cabe señalar que el artículo 543 del Comercio de Comercio regula el contrato de seguro, pero no contempla los mismos deberes que consagra la Ley 19.496, que ordena en su artículo 12 que todo proveedor de bienes o servicios, estar obligado a respetar los términos, condiciones, y modalidades conforme a las cuales se hubiere ofrecido o convenido con el consumidor la prestación del servicio, instaurando requerimientos distintos y más exhaustivos a los previstos en el Código de Comercio, los que tienen como propósito resguardar la debida relación que debe darse entre un consumidor y el proveedor de un servicio. Refuerza lo anterior las modificaciones que introdujo la Ley N 20.555 a la Ley N° 19.496, cuyo objeto fue extender las garantías propias del derecho de

protección al consumidor de los productos financieros, designando de manera explícita a las compañías de seguros como de servicios y a los seguros como un producto financiero. Así, el cliente de una compañía de seguros puede ser considerado como consumidor para los efectos de la Ley de Protección del Consumidor. Entonces, actualmente la ley considera 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 estos, reconocido en el artículo 543 del Código de Comercio, y que otorga competencia a la justicia arbitral u Ordinaria 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. La existencia de una cláusula compromisoria que sustrae el conocimiento de este asunto de los juzgados de Policía local, cabe señalar que ella no puede hacerse valer respecto del ejercicio de acciones que deriven de la Ley N 19.496, pues nos encontramos ante un derecho infraccional sancionatorio de orden público, que no puede ser encomendado a un juez árbitro. El consumidor queda mejor protegido con 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. Este sentenciador hace suyos los razonamientos de la ITMA. Corte de Apelaciones de Santiago, (Rol 1722-2018) e ITMA Corte de Apelaciones de Rancagua (Rol 169/2022) al respecto, declarándome competente para conocer de este asunto.-

CUARTO: Que, conforme a lo expuesto hay que dilucidar si ante el requerimiento del asegurado de hacer efectiva la póliza de seguro, por haber sido diagnosticado de cáncer prostático, hubo o no un incumplimiento contractual de METLIFE al no acceder al pago del seguro

contratado por estimar que existía una preexistencia no declarada por el asegurado.-

QUINTO: Para acreditar sus afirmaciones ambas partes se valieron de prueba documental, oficios y del audio que contiene la contratación telefónica del seguro, la que escuchada por este Juez se puede resaltar lo siguiente: 1) que fue una llamada efectuada por una operadora de la entidad aseguradora al asegurado; 2) Que el llamado tuvo por objeto ofrecer un seguro adicional de muerte accidental, cobertura oncológica y adicionales al que ya tenía contratado el querellante, el cual por una prima mensual de \$6.200.- le pagarían, de libre disposición, la cantidad de 300 UF., preguntando la operadora si ha padecido algún tipo de cáncer, respondiendo el querellante que NO. Después sigue el diálogo respecto a la cobertura del seguro que permite hacerse exámenes gratuitos, tener nutricionista y ampliar los beneficiarios por una prima adicional. Él señala que no necesita hacerse nuevos exámenes, pues se los había hecho hace poco y la operadora le señala que puede ampliarlos a sus familiares por un valor determinado. Luego, la operadora de forma rápida y mecánica lee las exclusiones del seguro, señalando que le llegará la póliza dentro de 5 días y ahí podrá leer las condiciones contratadas. Le pregunta si acepta la contratación del seguro, a lo que él responde que SI.-

SEXTO: ANALISIS DE LA PRUEBA RENDIDA POR LA PARTE

QUERELLANTE: A fjs. 124 y sgtes. rola contrato de un seguro anterior que tenía el querellante con METLIFE, denominado Seguro enfermedades graves BancoEstado, que incluía el pago de 80 Uf en caso de diagnóstico de cáncer. Dentro de las condiciones del contrato (fjs. 129) se indica que el diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo. Agrega (fjs. 130) que se excluyen las personas que hayan padecido alguna de las enfermedades cubiertas por este seguro. A fjs. 147 y sgtes. rola el contrato de seguro que nos ocupa, de muerte accidental, cobertura oncológica y adicionales, que incluye indemnización por 300 UF, en un solo pago, en caso que se diagnostique, clínicamente y por primera vez, algún tipo de

cáncer, entre otras prestaciones. A fjs. 155 el contrato señala que al momento de la contratación telefónica el asegurado deberá responder por él y sus adicionales una declaración simple de salud. A fjs. 156 el contrato agrega que para solicitar la cobertura oncológica, el asegurado o algún familiar directo de él, según corresponda, deberá presentar, al menos, exámenes médicos comprobatorios del diagnóstico de la enfermedad (informe de biopsia). Más adelante acompaña la documentación relacionada con la solicitud de pago del seguro, su rechazo, impugnación del rechazo y respuesta de la apelación. En este último (fjs. 178) METLIFE señala que confirma el informe de liquidación de fecha 04 de octubre de 2023, pues el diagnóstico por el cual reclama cobertura es una condición previa a la vigencia del seguro. Agrega que de acuerdo a los antecedentes médicos acompañados por el asegurado, tenía antecedentes de cáncer de próstata desde marzo del año 2021 y el seguro fue contratado con fecha 14 de octubre de 2022. Luego, el documento de fjs. 204, resonancia magnética de próstata, de fecha 16 de junio de 2022, informado por el médico radiólogo Fabian Baier Painemil, señala: nódulo en zona de transición a nivel de base y tercio medio lateralizado a izquierda de aspecto sospechoso (PIRADS 5). A fjs. 211 el urólogo Marcelo Torrejón, señala con fecha 18 de octubre de 2023 que en biopsia prostática de 18 de agosto de 2022 no se encontró cáncer prostático. Posteriormente, en la vigilancia activa se repitió biopsia prostática por punsión (punción) con hallazgo de cáncer prostático. A fjs. 213 rola resonancia magnética multiparamétrica de próstata, de fecha 14 de abril de 2023 que concluye: Foco de muy alta sospecha para neoplasia clínicamente significativa en la base y tercio medio de la zona de transición a izquierda, de similar tamaño respecto a estudio previo. PIRADS 5. Estabilidad en tamaño del foco en la zona periférica posteromedial del tercio medio a izquierda, de alta probabilidad para neoplasia clínicamente significativa. PIRADS 4, informado por el médico radiólogo Maximiliano Miranda. A fjs. 215 rola informe del médico con especialidad en urología oncológica Camilo Sandoval Herrera, de fecha 24 de mayo de 2023, de la Fundación Arturo López Pérez, con diagnóstico:

tumor maligno de la próstata, en estado de sospecha, con plan de tratamiento: biopsia estereotáxica digital de próstata. A fjs. 226 rola informe anatomopatológico de FALP, de muestra de fecha 27 de julio de 2023 de próstata que, en general, concluye tejidos sin neoplasia maligna y algunos signos de hiperplasia glandular. Se revisa el resto de la documentación presentada relativa a bonos, solicitudes de exámenes y literatura sobre cáncer de próstata.-

SEPTIMO: ANALISIS DE LA PRUEBA RENDIDA POR LA PARTE

QUERELLADA: Acompañó a fjs. 60 y sgtes. Condiciones particulares de Póliza N 340018187 celebrada por Metlife Chile Seguros de Vida S.A. y don Nelson German Solar Lagos; Condiciones Generales de la Póliza N 340018187; y Condiciones particulares de Póliza N°N°340013007 celebrada por Metlife Chile Seguros de Vida S.A. y don Nelson German Solar Lagos, resonancia magnética de próstata, de fecha 16 de junio de 2022, informado por el médico radiólogo Fabian Baier Painemil, resonancia magnética multiparamétrica de próstata, de fecha 14 de abril de 2023, informe del médico con especialidad en urología oncológica Camilo Sandoval Herrera, de fecha 24 de mayo de 2023, de la Fundación Arturo López Pérez, ya analizados en lo que interesa para este caso. También acompañó examen de fecha 21 de diciembre de 2021 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson, resaltando el resultado 13,026 ng/ml de PSA TOTAL (de un máximo de 4,0) y 1,344 ng/ml de PSA LIBRE (de un máximo de 0,930); Examen de fecha 21 de diciembre de 2021 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson, resaltando el resultado 15,790 ng/ml de PSA TOTAL (de un máximo de 4,0) y 1,638 ng/ml de PSA LIBRE (de un máximo de 0,930); examen de fecha 07 de junio de 2022 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson, resaltando el resultado 25,076 ng/ml de PSA TOTAL (de un máximo de 4,0) y 2,635 ng/ml de PSA LIBRE (de un máximo de 0,930); examen de fecha 07 de junio de 2022 realizado en Laboratorio Clínico IMEX, por la Dra. Ana María Beroíza Williamson, resaltando el resultado 17,811 ng/ml

de PSA TOTAL (de un máximo de 4,0) y 1,803 ng/ml de PSA LIBRE (de un máximo de 0,930); informe de liquidación de siniestro y rechazo, ya analizados y, por último, certificado de bonos emitidos.-

Se analiza el informe emitido por FALP (Fundación Arturo López Pérez), documentación ya acompañada por las partes, destacando el protocolo operatorio N°117515, fecha de cirugía: 27 de julio de 2023 (biopsia de próstata) con diagnóstico pre y post operatorio: tumor maligno de la próstata (fjs. 253); historia clínica del paciente entre el 01 de enero de 2023 y 25 de marzo de 2024: paciente no refiere neoplasias en la familia. Por ape elevado se realiza bp neg hace un año, ape se mantiene en 17 mm muestra lesión pirds 5 plan bp estertáxica por fusión. A fjs. 270 rola resultado TAC de tórax abdomen y pelvis con contraste del Dr. Mervin Chin con resultado de cáncer de próstata sin signos de diseminación macroscópica a distancia. A fjs. 273 rola informe de biopsia de muestra tomada con fecha 18 de agosto de 2022 con diagnóstico: A) Glándula prostática, lado derecho, biopsia por punción: tejido de tipo prostático, con atrofia focal, sin atipias. Neoplasia maligna en 0 de 6 fragmentos examinados. Negativa para neoplasia maligna; B) Glándula prostática, lado izquierdo, biopsia por punción, tejido de tipo prostático con atrofia simple o focal, sin atipias. Neoplasia maligna en 0 de 8 fragmentos examinados. Negativo para neoplasia maligna.-

Se analiza informe REDSALUD, (fjs. 285 y sgtes.) que remite informe de resonancia magnética de fecha 16 de junio de 2022, ya citada, informe de biopsia de muestra de fecha 18 de agosto de 2022, ya citado, resonancia magnética de fecha 14 de abril de 2023, ya citado.-

OCTAVO: Analizada toda la prueba documental acompañada por ambas partes, informes recibidos, audio de contratación del seguro sublite, se puede concluir que el querellante don Nelson Germán Solar Lagos fue contactado por una operadora telefónica del Banco del Estado ofreciéndole un seguro adicional oncológico, cuyo contrato fue celebrado

de forma verbal el día 18 de octubre del 2022, bajo una declaración simple de salud, que consistió en responder verbalmente a la pregunta: ¿ha padecido algún tipo de cáncer, a lo que el Sr. Solar respondió: NO, **sin solicitar la entidad aseguradora** una declaración de salud más completa o antecedentes médicos adicionales, sobretodo si se considera la edad del asegurado y su propia declaración de que se había efectuado recientemente exámenes completos. En el N°7 letra b) del contrato de seguro, al referirse a la cobertura oncológica, señala que se le pagaría al asegurado por una sola vez la cantidad de 300 UF 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.**(fjs.151); En el punto 11 del contrato párrafos finales (fjs. 155) el contrato señala: **Al momento de la contratación telefónica, el asegurado deberá responder por él y sus adicionales una declaración simple de salud.** Luego, agrega: **Si el asegurado titular declara padecer o haber padecido algún cáncer, no podrá contratar el seguro.** De este modo, hay que dilucidar si el asegurado padecía cáncer al momento de la contratación.-

NOVENO: El Sr. Solar se realizó exámenes (antígeno prostático) el 05 de marzo del año 2021 con resultado de 13,026 ng/ml; luego, el 21 de diciembre de 2021, con resultado: 15,790 ng/ml; el 07 de junio de 2022, con resultado de 25,076 ng/ml; 16 de junio de 2022 resonancia magnética prostática con resultado: nódulo en zona de transición a nivel de base y tercio medio lateralizado a izquierda de aspecto sospechoso (PIRADS 5), área focal en el tercio medio a nivel posteromedial de la zona periférica izquierda de probable etiología inflamatoria – infecciosa. Leve – moderado aumento del volumen prostático a expensas de la zona de transición. **Biopsia de fecha 18 de agosto de 2022 con resultado negativo para neoplasia maligna**, complementado con informe del urólogo Marcelo Torrejón, de fecha 18 de octubre de 2023 que certifica que en dicha biopsia no se encontró cáncer prostático. La resonancia magnética multiparamétrica de próstata, realizada con fecha 14 de abril

de 2023 señala como antecedente clínico: biopsia negativa. Esta resonancia se compara con la de fecha 16 de julio de 2022 y la impresión señala: foco de muy alta sospecha para neoplasia clínicamente significativa en la base y tercio medio de la zona de transición a izquierda, de similar tamaño respecto a estudio previo. PIRADS 5. Estabilidad en tamaño del foco en la zona periférica posteromedial del tercio medio a izquierda, de alta probabilidad de neoplasia clínicamente significativa. PIRADS 4. Es decir, **no existe ningún informe, anterior a la fecha de contratación del seguro, que fehacientemente haya diagnosticado cáncer y/o que permita suponer al Sr. Solar que lo padecía a esa fecha.** Si queda claro, por la repetición de exámenes, sus resultados y la entidad de ellos, incluyendo resonancias y biopsia, que existía, a lo menos, un temor fundado de que el asegurado tenía problemas con el funcionamiento de su próstata. Los resultados del examen de antígeno prostático que aumentaron en un período corto de tiempo dan cuenta del funcionamiento anormal de la próstata. La sigla PIRADS 5 expresa una alta probabilidad de padecer cáncer, pero no es un diagnóstico categórico, tanto es así que el informe del urólogo tratante descartó cáncer a la próstata, biopsia realizada sólo 2 meses antes de contratar el seguro (18 de agosto de 2022). Es más, el nuevo examen de fecha 14 de abril de 2023 no confirma el hallazgo de cáncer, sino que indica una alta probabilidad clínica de ello.-

DECIMO: En suma, este sentenciador puede concluir que a la fecha de contratación del seguro de salud el Sr. Solar no padecía de cáncer, no tenía un diagnóstico clínico ni podía conocerlo, más aun teniendo una biopsia de una antigüedad no mayor a 2 meses, cuyo informe indicaba que no tenía cáncer, de manera que no faltó a la verdad al momento de responder telefónicamente que no padecía de cáncer. Además, la parte contratante se conformó con dicha "declaración simple de salud", no hizo más preguntas al respecto, no obstante que el mismo asegurado le señaló que se había hecho exámenes hace poco. La entidad aseguradora al no requerir información adicional de salud, sobretodo a una persona de sexo

masculino de la tercera edad, asumió el riesgo – altamente probable – como así fue en definitiva, que padeciera una enfermedad que a la postre desencadenó en un cáncer de próstata, por lo que debe responder y cumplir el contrato, como se dirá. El artículo 524 del Código de Comercio, citado por la parte demandada, establece cuáles son las obligaciones del asegurado en un contrato de seguro, disponiendo en su numeral 1° que: *Obligaciones del asegurado. El asegurado estará obligado a: 1°. Declarar sinceramente todas las circunstancias **que solicite el asegurador** para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos’.-*

UNDECIMO: La entidad aseguradora ha infringido el artículo el artículo 12 de la Ley 19.496: “Todo proveedor de bienes o servicios estará obligado a respetar los términos, condiciones y modalidades conforme a las cuales se subiere ofrecido o convenido con el consumidor la entrega del bien o la prestación del servicio. El no pago del seguro contratado acarrea la aplicación de la sanción establecida en el art. 24 inciso primero de la Ley del Consumidor, esto es una multa que puede llegar hasta 300 unidades tributarias mensuales, monto que el Tribunal aplicará prudencialmente, como se dirá.-

EN CUANTO A LA ACCION CIVIL DE INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS.-

PRIMERO: La parte demandante, en virtud de los hechos latamente relatados, demanda a METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A., para que cumpla su obligación contractual, contenida en el contrato de seguros denominado “SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ONCOLÓGICA + ADICIONALES,” celebrado con fecha 18 de octubre de 2022, número de póliza 340018187 y que, en consecuencia, deberá pagar la suma de 300 UNIDADES DE FOMENTO, convertidas a moneda nacional y de curso legal al momento del pago. También que deberá pagar la suma de \$5.000.000.- por concepto de indemnización de perjuicios, o la suma que V.S. determine. Por los hechos descritos, es evidente que el demandante sufrió un perjuicio patrimonial y extrapatrimonial grave. Señala que es

evidente que esto ha provocado gran estrés, preocupación, angustia ya ansiedad a una persona de más de 75 años, quien fue diagnosticado de cáncer a la próstata y que su motivo de sentirse relativamente tranquilo, era la existencia de este seguro oncológico. Todo lo anterior da cuenta, mediante un razonamiento lógico simple, que existe un perjuicio grave en su fuero interno que deberá ser indemnizado. Por último, pide expresa condenación en costas.-

SEGUNDO: La parte demandada contestó, señalando que atendida la inexistencia de infracción a las normas de la LPC, resulta improcedente la demanda indemnizatoria, ya que al no existir infracción no hay, por consecuencia, responsabilidad civil. En la especie, la acción indemnizatoria es improcedente porque no hay responsabilidad contravencional y la responsabilidad civil solo surge si se constata dicha infracción. En otras palabras, en sede de consumidor no existe indemnización sin infracción. Sin perjuicio de lo señalado previamente, si se revisan los fundamentos que da el actor para justificar una supuesta responsabilidad civil, puede advertirse una completa falta de precisión y claridad que hace imposible comprender la naturaleza concreta de los daños que reclama. ¿Pretende el actor entonces que se le pague este monto a título de indemnización de perjuicios o exige en cambio el cumplimiento forzado del contrato? Ambas instituciones son completamente diferentes, pero el querellante parece no advertirlo, pues primero exige que S.S. ordene a esta parte a cumplir con la obligación contraída y acto seguido, exige, además, ser resarcido por el monto que dejó de percibir. Si S.S. atendiera a esta petición tal y como está formulada, en realidad habría un enriquecimiento sin causa, toda vez que recibiría doblemente un monto de dinero a título de cumplimiento del contrato y a título de indemnización de perjuicios. ¿A qué título se requiere el supuesto daño? El demandante no lo explicita. Se puede subentender -aunque la carga de explicarlo es del actor- que se está refiriendo a los aparentes perjuicios a título de daño moral. Sin embargo, no desarrolla en lo absoluto la idea, ni si quiera es capaz de explicar

cuáles son los malestares que refiere, cuándo se produjeron, qué le provocaron en concreto, cuál fue su intensidad, si acaso tenía algún trastorno psicológico basal que hubiere empeorado su situación, entre otros aspectos esenciales para concederlos. Nada de esto se explica en la demanda. Sin perjuicio de la profunda vaguedad de sus afirmaciones, arbitrariamente y sin ningún parámetro razonable pide a S.S. condenar a MetLife a un monto de \$5.000.000 y omite en su petitorio reclamar cualquier otro monto a título de daño emergente o lucro cesante, contrariando entonces sus propios razonamientos previos. Por otra parte, cabe recordar que solamente son indemnizables los daños morales previsibles, y no es previsible que el solo incumplimiento de una obligación dineraria cause en el acreedor una afectación psíquica grave, superior a la molestia común derivada de tales incumplimientos. Es decir, no es previsible que un incumplimiento como el alegado vaya a provocar un sufrimiento psíquico de entidad suficiente para ser indemnizable, como el que alega haber experimentado el actor, por lo que este capítulo indemnizatorio tendría que ser rechazado incluso de ser efectivo que tal sufrimiento existió (lo que esta parte niega rotundamente). Por otra parte, el eventual estrés causado por un tratamiento oncológico sería sufrido por el asegurado incluso si mi representada hubiese pagado la cobertura reclamada, por lo que no tiene relación alguna con el cumplimiento o incumplimiento del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, igualmente esta parte recalca nuevamente que no se encuentra justificada la existencia de un daño moral indemnizable. Solicita su total y absoluto rechazo de la demanda, con costas.-

TERCERO: Que para fundamentar sus pretensiones y defensas las partes se valieron de la misma prueba documental, oficios y audio ya citados. Habiéndose acogido la querella infraccional corresponde disponer que la empresa demandada pague la cobertura del seguro contratado, pues se acreditó que el actor solicitó su pago en tiempo y forma y la razón de su negativa fue injustificada, como se señaló. De esta forma, **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.** deberá pagar por tal concepto la

cantidad de 300 unidades de fomento.-

CUARTO: En cuanto a la demanda de \$5.000.000.- como indemnización por los daños sufridos con motivo del incumplimiento contractual, este juez entiende que se demanda el daño moral que pudo haber sufrido el actor y, si bien, no acompañó pruebas específicas para acreditarlo, si se estima que atendida la edad del demandante, el tiempo transcurrido hasta la fecha sin obtener el pago de la cobertura contratada, dinero que en su poder podría haber significado un aporte importante para paliar los costos del tratamiento que exige el resultado lamentable de sus exámenes médicos; la angustia e incertidumbre ocasionada con motivo del incumplimiento contractual, antecedentes que, apreciados de acuerdo a las reglas de la sana crítica, permiten acoger parcialmente la demanda por este concepto, como se dirá.-

Con el mérito de lo relacionado y teniendo presente los artículos 1° y siguientes de la Ley N° 15.231; artículos 14 y 17 de la Ley N° 18.287, art. 2314 del Código Civil, art. 543 del Código de Comercio y arts. 1, 2, 3, 12, 23, 26, 35, 50 y demás normas pertinentes de la Ley N° 19.496, se declara:

1) Que, **HA LUGAR** a la querella infraccional deducida a fojas 1 y siguientes por don **NELSON GERMÁN SOLAR LAGOS** en contra de **METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.**, ya individualizados, declarando que la querellada no ha cumplido el contrato de seguro suscrito con la parte demandante, condenándosele por infringir los arts. 3 literal E y 12 de la Ley 19.496, debiendo pagar la suma de 100 unidades tributarias mensuales.-

Que, la multa deberá pagarse dentro del plazo de quinto día, contados desde la notificación de la presente sentencia bajo apercibimiento legal.

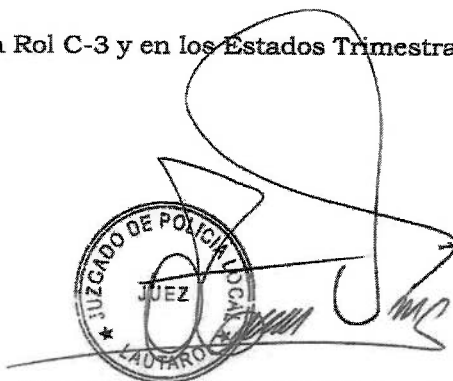
2) Que, **HA LUGAR** a la Demanda Civil de indemnización de perjuicios, condenándose a la empresa demandada al pago de la suma de: **A)** La suma de 300 UNIDADES DE FOMENTO, convertidas a moneda nacional al

momento del pago, por concepto de cumplimiento del contrato de seguro denominado "SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL Y COBERTURA ONCOLÓGICA + ADICIONALES"; B) La suma de \$2.000.000.- por concepto de indemnización de perjuicio por daño moral, más intereses y reajustes, que deberán calcularse desde que la sentencia se encuentre ejecutoriada.-

3) Que se condena a la parte demandada al pago de las costas de la causa.

Notifíquese, archívese en su oportunidad.

Tómese nota en Causa Rol C-3 y en los Estados Trimestrales de este Juzgado de Policía Local.



Pronunciada por don **MARCELO DIAZ AGURTO**, Juez Titular.
Autoriza, don **MAURICIO BUSTAMANTE RODRÍGUEZ**, Secretario Abogado.

