

Santiago, doce de mayo de dos mil veinte.

VISTOS:

En estos autos rol C-64-2017, del 21° Juzgado Civil de esta ciudad, caratulados "Ainzua con Metlife Chile Seguros S.A.", sobre cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios, por sentencia de treinta de noviembre de dos mil dieciocho, la juez titular de dicho tribunal, rechazó la demanda con costas

En contra de este fallo la abogada doña María Lorena Kachele Melo, por la demandante, dedujo recurso de apelación.

Se trajeron los autos en relación.

Considerando y teniendo además presente:

Primero: Que la recurrente, a fin de obtener la revocación del fallo, señala ser errónea y agravante la sentencia, remitiéndose a sus fundamentos Décimo Noveno a Vigésimo Tercero, en tanto la demandada, compañía de seguros, no ha cumplido con las obligaciones contraídas en la póliza, la que corresponde a un contrato de seguro de vida, en la especie, un contrato con cobertura catastrófico médico.

Argumenta, que la omisión de no haber declarado a la aseguradora que alrededor de quince años atrás, fue intervenida quirúrgicamente por una lesión a la columna, no fue malintencionadamente, sino que porque desde tal fecha no tuvo molestia alguna, agregando que además no se ha configurado que la cirugía que se toma como preexistencia sea la causa de la nueva intervención.

Segundo: Que ahora bien, tal como se reconoce en el fallo que se revisa, existe acuerdo entre las partes y, por lo tanto, puede afirmarse que son hechos de la causa que la actora con fecha 13 de agosto de 2015 tomó un seguro de vida con la demandada y, que el 4 de noviembre de igual año, se sometió a una cirugía correspondiente a "cervicobraquialgia derecha, hernia discal C4-5 y C5-6", asimismo, que la aseguradora rechazó otorgar cobertura de los gastos derivados de dicha prestación, ello, por haber omitido informar en la "Declaración Personal de Salud y Actividades del Propuesto Asegurado", la cirugía de columna a que fue sometida el año 1998.

Existe discusión, en cambio, al tenor del punto 3 y 5 del auto de prueba, esto es, "...efectividad que la parte demandada incumplió el contrato



de seguro de vida..; Efectividad que la demandante omitió declarar enfermedades o situaciones preexistentes", respectivamente.

Tercero: Que, en razón de lo anterior, era la sociedad demandada, de acuerdo a la regla que al efecto prevé el artículo 1698, a quien correspondía demostrar que la obligación de rembolsar los gastos médicos se encontraba extinguida por no haber informado la actora, en su oportunidad, conforme al artículo 6° de las Condiciones Generales de la Póliza, que el año 1998 se había sometido a una operación a la columna.

Cuarto: Que el artículo 514 y siguientes del Código de Comercio, disposiciones que contienen las normas que regulan el contrato de seguro, al referirse a los efectos de la declaración sobre el estado del riesgo que debe hacer el contratante, dice, que "en caso de haberse incurrido en un error inexcusable, exonera al asegurador de cubrir dicho siniestro...".

Quinto: Que de los antecedentes que constan en el proceso, en especial ficha médica de la Clínica Las Condes, la que registra antecedentes administrativos y médicos de la demandante, se advierte que luego de la intervención del año 1998, concurrió al centro asistencial en el año 2001 por una condición de salud vinculada a la columna y, nuevamente, en "agosto de 2015", mes en que también, el día 13, celebra un contrato de prestaciones de salud de alto costo, a lo que cabe agregar, que según da cuenta el documento que registra el Ingreso Médico el día 4 de noviembre de 2015, día de la intervención, la actora, señaló "estar preocupada ya que tiene mal antecedente de una cirugía fallida en la columna lumbar que requirió retiro de fijación pedicular hace mas de 10 años", lo que también refrenda el neurocirujano Dr. José Miguel Selman Rossi, profesional que realizó ambas intervenciones quirúrgicas. Esto demuestra que no existió olvido por parte de la demandante de la operación a la columna realizada el año 1998, sino que simplemente no la declaró, menos aún podría haberlo hecho considerando la envergadura de la misma.

Sexto: Que se debe tener presente, que Metlife Seguros de Vida S.A., tiene por giro exclusivo el comercio de seguros de vida y la contratación de dichos seguros es sobre la base del cobro de una prima, la que está en relación directa con el riesgo que debe asumir la aseguradora, de allí la relevancia en la veracidad de la información o declaración de las dolencias del asegurado, esto, al tenor de lo que dispone el artículo 524 del Código de



Comercio que señala como una de las obligaciones del asegurado 1° "Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos".

Séptimo: Que es así como esta Corte comparte todos los fundamentos de la sentencia en alzada, en tanto la demandante, al no haber dado respuesta correcta a las preguntas contenidas en la Declaración Personal de Salud, alteró el riesgo asumido por la Compañía, justificándose, en definitiva, la negativa al pago de la prima.

Y visto, además, lo dispuesto en el artículo 186 del Código de Procedimiento Civil, **se confirma** la sentencia de fecha treinta de noviembre de dos mil dieciocho.

Redacción del Ministro señora Barrientos Guerrero.

Regístrese y devuélvase.

N° 496-2019

Pronunciada por la **Primera Sala** de esta Corte de Apelaciones de Santiago, presidida por el Ministro señor Miguel Vázquez Plaza e integrada por la Ministro señora Elsa Barrientos Guerrero y la Abogada Integrante señora Carolina Coppo Diez. No firma la Abogada Integrante señora Coppo, no obstante haber concurrido a la vista y al acuerdo del fallo, por encontrarse ausente.



Pronunciado por la Primera Sala de la C.A. de Santiago integrada por los Ministros (as) Miguel Eduardo Vazquez P., Elsa Barrientos G. Santiago, doce de mayo de dos mil veinte.

En Santiago, a doce de mayo de dos mil veinte, notifiqué en Secretaría por el Estado Diario la resolución precedente.

