

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 24º Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-13195-2022  
CARATULADO : ARANCIBIA/METLIFE CHILE SEGUROS DE  
VIDA S.A

Santiago, veinte de agosto de dos mil veinticinco

**VISTOS:**

Con fecha 16 de noviembre de 2022, don **Hugo Alejandro Arancibia Santibáñez**, empleado, domiciliado en Los Castaños 1047, Machalí, ciudad de Rancagua, dedujo demanda de cumplimiento forzado de contrato con indemnización de perjuicios, en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra de **Metlife Chile Seguros de Vida S.A.**, representada por don Gregorio Arturo Ruiz-Esquide Sandoval, de quien expresó ignorar profesión u oficio, ambos con domicilio para estos efectos en Agustinas N°640, piso 1, comuna de Santiago, pretendiendo se declare que la demandada debe pagar los reembolsos de gastos incurridos en atender su enfermedad y que debió reembolsar en su oportunidad, la suma de \$11.870.000, demandando conjuntamente la indemnización de perjuicios por daño moral por la suma de \$100.000.000, o la suma que el tribunal estime en justicia, con costas.

Funda su pretensión en haber decidido realizarse un chequeo médico general de salud y tomar una póliza para accidentes catastróficos, debido a un proyecto para ir a vivir en Costa Rica, ya contando con dos pólizas vigentes en la misma compañía, siendo así que con fecha 8 de mayo de 2020, celebró la demandada, un contrato de seguro de salud cubierto por la Póliza N°114-20-0016951, que debía dar cobertura general de gastos por atención médica del asegurado, sin que estuvieren restringidos a ciertas enfermedades específicas o catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud públicos o privados, parte de cuyas condiciones generales reproduce en su libelo, a cambio de su obligación de pagar una prima equivalente a UF 0.5, mediante cuotas mensuales y proporcionales, que ha cumplido rigurosamente.

Señala que no obstante las condiciones del contrato y haber ocurrido un riesgo cubierto, la demandada se ha negado a cumplir su obligación de pagar dicho riesgo, reembolsando los gastos médicos, aduciendo estar amparada en una de las cláusulas de exclusión general por enfermedades preexistentes, lo que no es efectivo, ni tampoco dio cumplimiento a las cláusulas accesorias del contrato, de pagar los gastos médicos de enfermedad catastrófica desde el primer examen de detección hasta los tratamientos posteriores.



**Foja: 1**

Relata que suscribió la declaración de salud y el contrato celebrado con la demandada, amparado en póliza N°114200016951, en la fecha indicada, sin tener noticia alguna de afección de salud que lo impidiera y con los exámenes de rigor propios de su edad, sin observaciones en tal sentido, habiéndose realizado ese mismo día, en horas de la tarde, un scanner en el Centro Radiológico San Vidente de Paul de Santiago, cuyos resultados le fueron comunicados en el mismo mes, sin existir diagnóstico ni antecedente alguno sobre la existencia de cáncer en su organismo, ya que tales exámenes solo indicaron un derrame pleural severo. Luego, con ese resultado y la indicación del médico, ese mismo día tomó hora en Clínica Indisa para consultar a un médico broncopulmonar, quien, al ver el resultado de TAC, cuyo diagnóstico fue de Taponamiento cardíaco y derrame pleural, opta por ingresarlo a la UCI para prevenir un posible infarto al corazón.

Expresa que el día 8 de mayo de 2020, se le realiza una biopsia al pericardio y se drena derrame pericardiaco, resultando la biopsia negativa para células neoplásicas, ante lo cual se planifica una radiografía integral para punción biopsia subcutánea, quedando internado en UCI para ese objeto.

Cuenta que el 18 de mayo de ese año, se le practica la biopsia de nódulo pulmonar derecho guiado por TC, cuyos resultados son dados a conocer el 26 del mismo mes, donde se da cuenta de hallazgos morfológicos compatibles a adenocarcinoma de probable origen pulmonar (100% de patrón acinar), es decir, probable existencia de cáncer pulmonar, comenzando ese mismo día su tratamiento en Oncovida con aplicaciones de radiaciones periódicas.

Indica que, con motivo de haberse dado el evento previsto en la póliza de seguros contratada, en el mes de agosto siguiente, formula su declaración de siniestro a través de la página web de la demandada, acompañando los antecedentes solicitados y los comprobantes de todos los gastos realizados desde la etapa de diagnóstico hasta el tratamiento indicado para que le fueran reembolsados. Con fecha 20 de agosto la compañía le pide nuevos antecedentes, los que remite ese mismo día, consultando por la fecha de pago, pero sin obtener respuesta. Después, el 16 de septiembre la compañía le requiere nuevos antecedentes, los que remite el 20 de ese mes y vuelve a preguntar por sus reembolsos, los que se acumulan seriamente por los costos de cesiones de radioterapia, pero sin obtener respuesta.

Expone que solo con fecha 6 de octubre de 2021, un año después de comunicar su situación, la demandada le informa el rechazo del seguro por no haber informado la existencia de una enfermedad que él desconocía al momento de tomar la póliza, cuyos fundamentos de rechazo reproduce en su libelo, uno de estos referido a que al momento de tomar el seguro se estaba realizando exámenes médicos, desatendiendo sus obligaciones e invocando una causal inexistente.



**Foja: 1**

Niega que exista una causal de exclusión basada en que no se haya efectuado una declaración de salud adecuada por el hecho de encontrarse haciendo exámenes médicos al momento de hacerla, ya que los hechos no se encuadran dentro de una figura ilícita que pueda ser estimada como una omisión, citando al efecto lo previsto en el artículo 3º, definición 7, de las Condiciones Generales para Seguros de Alto Costo, cuando solo supo de su diagnóstico, el 26 de agosto de 2020, cuando ya había contratado el seguro.

Invoca para su pretensión lo previsto en los artículos 512 del Código de Comercio; 1551 n°1, 1546 del Código Civil, que obligan a la demandada a cumplir lo pactado y pagar los perjuicios resultantes de su incumplimiento, alegando que la contraria se valió del alcance de fechas para intentar demostrar que su parte sabía de una enfermedad preexistente, lo que es falso e implica un actuar de mala fe.

Concluye que la demandada no ha dado cumplimiento a su obligación principal, ni tampoco, con la obligación accesoria de dar respuesta en el más breve plazo, según Anexo I, permitiendo que él acumulara una ingente cantidad de gastos que debió cubrir con sus propios recursos e incluso, vender su casa para cubrir las deudas acumuladas, precisando que los gastos incurridos ascienden a la suma de \$11.780.000, en la parte no cubierta por su Isapre, y que ha padecido un daño moral por el incumplimiento contractual, por la angustia producida al no tener los recursos para responder a su enfermedad y no saber si la demandada iba a cumplir, debiendo desprenderse de los bienes que constituyen hogar de toda su vida, daño que avalúa en la suma de \$100.000.000.-

Con fecha 29 de marzo de 2023, se estimó por evacuado el trámite de contestación de la demanda en rebeldía de la demandada y se dio traslado por la réplica.

Con fecha 3 de abril de 2023, replica el actor, reconociendo que hubo un error en el escrito de demanda, respecto de la fecha del contrato y del primer examen médico de su parte, ambos realizados el 5 de mayo de 2020, precisando que el contrato se convino en horas de la mañana y el examen en horas de la tarde, por lo que resulta imposible que su parte haya tenido conocimiento antes del cáncer que lo aquejaba, sobre todo si se tomó conocimiento del resultado en día posterior, el 7 del mismo mes, siendo el motivo de la realización de tal examen, la recomendación de su médico, don Ricardo García, por una persistente tos seca, que fue evaluada como bronquitis por ese médico, realizándose el examen pertinente de biopsia de nódulo pulmonar, recién, el 18 de ese mes, cuyo resultado se entregó el día 26 del mismo periodo.

Advierte que la omisión de los antecedentes familiares de existencia de cáncer es un argumento que no considera el inciso final del art. 525 del Código de Comercio, siendo del caso que habría existido de la aseguradora una aceptación tácita del error, ya que no obstante contar con todos los antecedentes cuando su parte formuló la denuncia



**Foja: 1**

de siniestro y los acompañó por primera vez, luego debió hacerlo en 4 oportunidades porque la demandada los extravió, pudiendo haber rescindido el contrato ella durante los 45 días siguientes al denuncia, como lo contempla el Anexo II del contrato y Condiciones Generales, lo que no hizo y continuó cobrando las primas durante 14 meses más. Luego, tal omisión no sería de la gravedad que la demandada alega.

Aclara que la prórroga en la liquidación del siniestro debía darse por motivos fundados e indicar las gestiones concretas, debiendo comunicarlo al asegurado y a la Superintendencia, nada de lo cual ocurrió, prefiriendo prorrogar el proceso para seguir cobrando las primas, pero sin pagar la cobertura.

Reclama de mal gusto, cuestionar el daño moral del actor, por la gravedad que encierra una enfermedad como el cáncer, añadiendo que su parte acreditará tal daño y el tribunal deberá evaluarlo. En lo demás, reiteró los dichos de su demanda.

Con fecha 29 de mayo de 2023, duplica la demandada, solicitando el rechazo de las demandas, con costas, fundando su defensa en que su parte no ha actuado de forma ilegal o arbitraria, ajustándose el informe de liquidación a los principios consagrados en Decreto Supremo N°1055 sobre Auxiliares del Comercio de Seguros y al DFL N°251, siendo tal liquidación la que ha recomendado rechazar, correspondiendo al demandante la carga de la prueba de los hechos que alega; y su parte ha cumplido con todo lo que contractual y reglamentariamente debía hacer, por carecer el siniestro de cobertura por una omisión propia del actor al momento de contestar el cuestionario para determinar los riesgos, conforme al art. 7 de las Condiciones Generales de la Póliza y las Condiciones Particulares en Nota 1.

Señala que el riesgo asegurado se estructura a raíz de la información que de buena fe otorga el asegurado al asegurador, estando establecido en el Código de Comercio, a contar de la entrada en vigencia de la Ley N°20.667, que reemplazo el título VII del Libro II, que las compañías de seguros deben hacer las preguntas necesarias para determinar el riesgo y a su vez los asegurados tienen la obligación de contestarlas sinceramente, asumiendo las consecuencias de una declaración que no se ajuste a la realidad, caso en que el siniestro queda sin cobertura e incluso se puede dar por terminado anticipadamente el contrato, citando al efecto lo previsto en los artículos 524 n°1 y 525 del citado código, como también, art. 4 letra w de las Condiciones Generales de la Póliza, pudiendo constatarse el incumplimiento del actor, al revisar los antecedentes de liquidación del siniestro, no siendo consistentes las fechas indicadas en la demanda, respecto de haber recibido un resultado de examen un día antes de habérselo efectuado, advirtiéndolo su parte que el examen se lo hizo el 5 de mayo de 2020, lo que demuestra que a esa fecha ya tenía sospecha de que tuviese cáncer, reconociendo él mismo que los resultados los tuvo el 7 de mayo de 2020, un día antes de suscribir el contrato con su parte.



**Foja: 1**

Indica que lo anterior se torna grave considerando que en el cuestionario ya aludido no solo se pregunta por enfermedades que hayan sido diagnosticadas, sino también, si ha estado en hospital, clínica u otra institución similar para observación, examen, diagnóstico, intervención quirúrgica o tratamiento, oportunidad en que el actor contestó que No, a sabiendas que su declaración no se ajustaba a la realidad. Del mismo modo, se le consultó si tenía antecedentes familiares de diabetes, Cáncer, enfermedad de Alzheimer y otras que precisa, a lo que el actor contestó nuevamente que No, sin perjuicio que su parte tuvo acceso a su ficha clínica en la que consta que sus ascendientes directos padecieron cáncer de pulmón, con todo lo cual resulta obvio que si su contraparte hubiese cumplido con su deber de declarar en forma sincera, la compañía no hubiera suscrito la póliza, o al menos, hubiera excluido el cáncer dentro de las enfermedades con cobertura o hubiese cobrado otra prima sustancialmente más cara.

Hace presente que el elemento de la esencia del contrato de seguro es la transmisión del riesgo por parte del asegurado al asegurador a cambio de una prima, siendo del caso que no hubo una transmisión de riesgo aleatoria y condicional, sino que el actor ya estaba en conocimiento de que el siniestro ocurriría, lo que frustra la causa misma y objeto del seguro, debiendo rechazarse la demanda en todas sus partes, no teniendo el actor derecho a indemnización alguna y descartarse cualquier incumplimiento de su parte.

Afirma que de acogerse la tesis del actor, éste silencia que la póliza contempla un deducible de 100 UF, que en el peor de los casos debe descontarse de la indemnización concedida al demandante; y que no resulta efectivo que la póliza no contemple restricciones como no cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados, lo que sí se comprende en las Condiciones, lo que transcribe en su libelo, por lo que deberá demostrar que el gasto médico fue cubierto por su sistema previsional, porque de lo contrario solo podrá considerarse como gasto indemnizable el 50% del gasto efectivamente incurrido.

Reitera el incumplimiento del actor respecto de su declaración de salud, según lo ya relatado, contemplando el cuestionario una cláusula en la que se expresa que su parte no otorgará cobertura ni soportará el riesgo en caso de una defraudación por el asegurado a su deber de seriedad, no pudiendo estar en mora su parte de una obligación que no ha nacido, por infracción a los artículos 524, 525 y 591 del Código de Comercio, citando, también, lo previsto en el art. 1552 del Código Civil.

Asevera que el siniestro denunciado se encuentra fuera de la limitación de cobertura establecida en la póliza y en la ley, por estar expresamente excluida, de acuerdo con lo pactado y lo previsto en el art. 1545 del Código Civil, al tratarse de una enfermedad preexistente, sobre la cual ya sabía el actor el 7 de mayo de 2020.



**Foja: 1**

Argumenta que la liquidación es un informe de experto, llamado por la Ley y Reglamento a ajustar siniestros bajo estrictos cánones de experiencia y principios explícitamente establecidos en la normativa legal, no siendo efectivo que su parte haya tardado más de lo permitido para emitir el informe de liquidación que concluyó que el siniestro no tenía cobertura, conteniendo el Decreto N°1055, una extensa lista de deberes de los liquidadores de seguros, entre éstos el de investigar las circunstancias del siniestro para determinar si el riesgo asegurado goza de cobertura, pudiendo solicitar antecedentes al Ministerio Público o autoridades administrativas, habiendo cumplido su parte con su deber de liquidar el siniestro en tiempo y forma, encontrándose con la reticencia del actor en cuanto a enviar los antecedentes necesarios para dicho cometido.

Asegura que envió al menos 4 cartas al actor, solicitando que remitiera los antecedentes necesarios para liquidar el siniestro, resultando insólito que ahora impute esta situación a su parte.

En subsidio de las defensas anteriores y para el caso de estimar el tribunal que debe darse cobertura al siniestro, debe respetarse el deducible por 100 UF y la limitación de gastos si no han sido cubiertos por un seguro público o privado, por un 50%.

Concluye que, además, de no estar en mora, resulta improcedente la acción de cumplimiento forzado y de reparaciones solicitadas, estas últimas que debe acreditar, citando al efecto jurisprudencia que reproduce en lo pertinente en su libelo, añadiendo que la cuantía de lo pedido por daño moral, corresponde a 10 veces lo exigido como reembolso, siendo una cantidad irrisoria, no pudiendo constituirse en una fuente de lucro, por lo que solicita, en subsidio, se avalúen los perjuicios hasta la suma que se acredite en juicio.

Hace presente que los reajustes e intereses, no pueden aplicarse sino desde la fecha en que se constituya el derecho, por fallo ejecutoriado, que fije una indemnización, constituyendo antes de eso una mera expectativa; y que, respecto de las costas, ha tenido motivos más que plausibles para litigar, según lo ya razonado.

Da cuenta que no se cuestiona la enfermedad del actor, sino solo el incumplimiento de sus deberes precontractuales de información.

Reproduce cartas que habría enviado al actor, con motivo del requerimiento de antecedentes del siniestro.

Con fecha 14 de junio de 2023, se gestionó conciliación, la que no prosperó, según da cuenta la actuación de 14 de julio del mismo año, en folio 45.

Con fecha 13 de noviembre de 2023, se recibió la causa a prueba, rindiéndose la que obra en autos.



Foja: 1

Con fecha 12 de mayo de 2025, se citó a las partes para oír sentencia.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que el demandante, don **Hugo Alejandro Arancibia Santibáñez**, dedujo demanda de cumplimiento forzado de contrato con indemnización de perjuicios, en juicio ordinario de mayor cuantía, en contra de **Metlife Chile Seguros de Vida S.A.**, ambos ya individualizados, pretendiendo se declare que la demandada debe pagar los reembolsos de gastos incurridos en atender su enfermedad y que debió reembolsar en su oportunidad, la suma de \$11.870.000, demandando conjuntamente la indemnización de perjuicios por daño moral por la suma de \$100.000.000, o la suma que el tribunal estime en justicia, con costas, todo ello de conformidad con los hechos y argumentos de derecho ya relatados, latamente, en lo expositivo del presente fallo.

**SEGUNDO:** Que la parte demandada ha pedido el rechazo de la demanda, de conformidad con los antecedentes de hecho y fundamentos de derecho ya descritos, en forma lata, en la parte expositiva de la presente sentencia.

**TERCERO:** Que han resultado hechos no controvertidos, aceptados por ambas litigantes, las siguientes circunstancias:

1.- Que las partes han celebrado un contrato de seguro de salud, bajo la Póliza N°114-20-0016951, para cobertura de gastos médicos del asegurado;

2.- Que el demandante reportó un siniestro, con fecha 30 de octubre de 2017, por los gastos médicos relacionados con un cáncer pulmonar que le fue detectado;

3.- Que el actor se efectuó un Tac de Tórax, con fecha 5 de mayo de 2020 y tuvo los resultados de éste, el día 7 de mayo del mismo año;

4.- Que el actor no declaró en su declaración de salud, los antecedentes familiares de cáncer; y

5.- Que se rechazó la cobertura del seguro, por la parte demandada, por estimar que la enfermedad era preexistente.

**CUARTO:** Que la discusión esencial del pleito judicial ha rondado en cuanto a si el actor, habría omitido los antecedentes de la enfermedad de cáncer al pulmón que padeció y que motivó su denuncia de siniestro; si el actor conocía o sospechaba la existencia de la enfermedad cuyo siniestro denunció, antes de contratar con la demandada; si el siniestro estaba cubierto por la póliza de seguro celebrado entre las partes o si estaba excluido expresamente; determinación de los gastos en que habría incurrido el actor, con motivo del siniestro que denunció; y si se produjo un daño moral para el actor, con motivo del presunto incumplimiento contractual en que habría incurrido el demandante.



Foja: 1

**QUINTO:** Que, para los efectos de acreditar sus pretensiones, la demandante rindió la siguiente prueba:

**Documental:**

- a) Copia de Póliza N°114200016951, convenida por las partes, con Condiciones Particulares Metlife Salud UF 30000 Deducible UF 100, agregada al expediente digital con fecha 11 de marzo de 2024, en folio 73, no objetada;
- b) Copia de Declaración Personal de Salud y Actividades del Propuesto Asegurado, de 5 de mayo de 2020, suscrita por el actor, en formato de compañía demandada, agregada al expediente digital con fecha 11 de marzo de 2024, en folio 73, no objetada;
- c) Copias de antecedentes clínicos y médicos del actor, de pagos de prima y de correos entre las partes, agregadas al expediente digital con fecha 11 de marzo de 2024, en folio 73, no objetadas;
- d) Copia de escritura pública de Compraventa y Mutuo Hipotecario, celebrada por el actor con terceros, el 25 de agosto de 2021, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, no objetada; y
- e) Copia de Informe de Tasación Urbana de inmueble, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada.

**Pericial:**

Rendida por el perito, médico cirujano, don Guillermo Concha Grossi, quien evacuó su informe en folio 136, no objetado, en el cual concluyó, luego de analizar los antecedentes que obran en el proceso, que el señor Arancibia, al momento de contratar el seguro de salud, el 5 de mayo de 2020, cursaba un cuadro clínico prolongado caracterizado por tos, disnea y dolor torácico, situación que fue evaluada por un especialista broncopulmonar, quien solicitó un escáner de tórax, cuyo informe fue remitido el 7 de mayo de 2020, con diagnóstico de “derrame pleural derecho y engrosamiento del intersticio, compatible con linfangitis carcinomatosa. Imagen seudonodular del lóbulo superior pulmonar derecho, de interpretación incierta. Derrame pericárdico”; que con ese estudio el actor fue derivado a la Clínica Indisa para su hospitalización y estudio de hallazgos señalados; que, por lo tanto, el actor al momento de la contratación del seguro de salud, el 5 de mayo de 2020, efectivamente cursaba una patología subaguda (de más de tres semanas de evolución), en ese momento desconocida en su causa y que se encontraba en estudio; y que el diagnóstico definitivo del origen de la patología se obtiene el 28 de mayo de 2020, con el informe de biopsia pulmonar con estudio inmunohistoquímico que confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de origen pulmonar.





Foja: 1

**SEXTO:** Que, por su parte, la demandada ha rendido la siguiente prueba documental para desvirtuar las alegaciones y pruebas rendidas por la actora:

- a) Copia de Propuesta de Seguros emitida por demandada a nombre del actor, no suscrita, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- b) Copia de Póliza N°114200016951 y Condiciones Particulares de la misma, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- c) Copia de condiciones generales de Póliza de Seguro para Prestaciones Médicas de Alto Costo, incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código POL320170171, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- d) Copias de cartas de la demandada al actor, de 7 de agosto de 2020, 16 de septiembre de 2021, 21 de agosto de 2020 y 27 de agosto de 2021, adjuntando formulario, y dando información respecto de proceso de liquidación, agregadas al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetadas;
- e) Copia de Informe de Liquidación de Siniestro N°125005, de la demandada, remitida al actor, el 5 de octubre de 2021, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- f) Copia de informe de Tomografía Computada Multicorte de Tórax, Abdomen y Pelvis con Contraste Intravenoso, del actor, de 3 de junio de 2020, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- g) Copia de Epicrisis del actor, de 19 de mayo de 2020, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada;
- h) Copia de respuesta a apelación de siniestro, de la demandada, de 16 de diciembre de 2021, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada; y
- i) Copia de Declaración Personal de Salud y Actividades del Presupuesto Asegurado, suscrita por el actor, agregada al expediente digital con fecha 3 de abril de 2024, en folio 77, no objetada.

**SÉPTIMO:** Que, así las cosas, corresponde valorar la prueba rendida por las partes, comenzando con los instrumentos, debiendo señalarse que no se ha producido impugnación sobre la veracidad o integridad de los instrumentos privados acompañados, ante lo cual, deberán tenérselos por reconocidos en juicio, salvo aquellos que no hayan



**Foja: 1**

emanado de la parte contra quien se presentan o hayan sido reconocidos por ella y los emitidos por terceros, que no hayan concurrido al proceso a ratificarlos, los que, en todo caso, se estimarán como indicios; ni sobre los aspectos formales de la copia de instrumento público acompañada, la que deberá tenerse como documento público en juicio.

El informe pericial deberá ser apreciado conforme las reglas de la sana crítica, según lo previene el artículo 425 del Código de Procedimiento Civil.

**OCTAVO:** Que, para poder resolver la situación, deberá determinarse, en primer lugar, si el actor conocía o no el diagnóstico o posible diagnóstico de cáncer que lo aquejó y que motivó su denuncia para la cobertura del seguro, antes de contratar con la demandada.

**NOVENO:** Que de conformidad con el mérito de la copia de Póliza N°114200016951, agregada en folio 73, celebrada por las partes y las Condiciones Particulares del Seguro Metlife Salud UF 30000 Deducible UF 100, adjuntas a dicho instrumento, no objetadas, puede establecerse, en lo relativo a la discusión del juicio, que dicho contrato de seguro de salud, tenía cobertura catastrófica, con vigencia entre el 8 de mayo de 2020 y el 7 de mayo de 2023; que se pactó la exclusión de cobertura de enfermedades preexistentes; que en la Nota 1 de la Póliza, se estableció la obligación del asegurado de entregar la información que la compañía requiera acerca de su estado de riesgo, en los casos y formas que determina la normativa vigente, cuya infracción puede acarrear la terminación del contrato o que no fuera pagado el siniestro; que el seguro cubría los gastos médicos del asegurado cubiertos por la póliza, sin sustituir la cobertura de Isapre o Fonasa; que la cobertura general del seguro es de gastos médicos de todo o parte de los gastos efectuados por el asegurado, sin limitación a ciertas enfermedades específicas o calificadas como catastróficas o a cubrir el saldo no cubierto por otros seguros de salud, públicos o privados; que contempla un monto máximo de reembolso de UF 30.000, con un deducible de UF 100; que la cobertura comprendía beneficios de hospitalización, ambulatorio, en un 100%, detallados en la póliza y medicamentos ambulatorios en un 50%; que respecto de gastos médicos no cubiertos por el Sistema Previsional del Asegurado o incurridos en el extranjero, se consideraban como gastos efectivos el 50% de éstos, monto sobre los cuales se aplicaría los topes, porcentajes y deducibles del plan contratado; que eran aplicables las exclusiones establecidas en el art. 4 de las Condiciones Generales, incorporada al depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 302017 0171; y que la compañía estaba facultada para solicitar documentos adicionales que estime necesarios a efectos de aclarar la ocurrencia de un siniestro y determinar su monto.

Conforme la Circular N°2106 de la Superintendencia de Valores y Seguros adjuntada a la póliza, sobre Procedimiento de Liquidación de Siniestros, era obligación



**Foja: 1**

de la compañía, efectuar la liquidación dentro de los 45 días corridos desde el denuncia, pudiendo prorrogar dicho plazo, por periodos iguales si las circunstancias lo ameritan, informando los motivos al asegurado y a la Superintendencia. No puede ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad salvo que se indiquen las razones que justifiquen tal falta.

Las Condiciones Generales adjuntadas a la Póliza, permiten verificar que la cobertura comprende los gastos médicos razonables, acostumbrados y efectivamente incurridos por el asegurado; que se definió como enfermedad, dolencia o situación preexistente, todas aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro; que se establecieron como exclusiones para la cobertura de gastos médicos, en el artículo 4, letra w), enfermedades de salud preexistentes, para lo cual la compañía aseguradora debía consultar al asegurable acerca de todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura, pudiendo fijarse en las Condiciones Particulares, las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza; y en el artículo 7°, se establece la obligación del asegurado de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos en los formularios de contratación que disponga la compañía para estos efectos.

**DÉCIMO:** Que la copia de Declaración Personal de Salud y Actividades del Propuesto Asegurado, agregada en folios 73 y 77 por cada una de las partes respectivamente, no objetada, suscrita por el actor, la que debe tenerse por reconocida en juicio, de conformidad con el apercibimiento previsto en el artículo 346 n°3 del Código de Procedimiento Civil, puede establecerse que el actor, en su declaración efectuada previo a la celebración del contrato y para los efectos de analizar la cobertura del mismo, negó tener conocimiento de padecer la enfermedades comprendidas en el cuestionario, entre éstas, cáncer; que negó tener antecedentes familiares de cáncer; que negó haber estado en un Hospital, clínica u otra institución similar para observación, examen, diagnóstico, intervención quirúrgica o tratamiento; y que tal declaración la efectuó con fecha 5 de mayo de 2020, habiendo efectuado el abono pertinente para poder celebrar el contrato de seguro.

**UNDÉCIMO:** Que los antecedentes médicos adjuntados en folio 73, no objetados, particularmente el informe de Tomografía Computada Multicorte de Tórax y Abdomen y Pelvis, puede verificarse que se ordenó tal examen para el actor, el 5 de mayo de 2020, mismo día en que se efectuó la declaración de salud, y que su resultado



**Foja: 1**

es de 7 de mayo del mismo año, en cuyos hallazgos no se informe de la presencia de cáncer o de sospecha de este.

El informe de biopsia N°226147 de Clínica Indisa, de 26 de mayo de 2020, permite concluir que se tenía sospecha de cáncer pulmonar el día 18 de mayo de ese año, y que con el resultado se estableció hallazgo de Adenocarcinoma de probable origen pulmonar.

En copia de Epicrisis de 19 de mayo de 2020, no objetada, puede establecerse que el actor fue hospitalizado el 7 de mayo de 2020 y dado de alta el 19 de mayo de ese mes, describiendo en sus antecedentes, rinitis alérgica, OH ocasionales tabaco y que sus dos padres fallecieron de cáncer de pulmón, siendo su padre fumador; que se dispuso realización de exámenes y biopsia de nódulo pulmonar derecho; y que su diagnóstico de egreso fue de derrame pericárdico.

El certificado médico adjuntado, del médico cirujano don Ricardo Vargas Peña, permite establecer que este informó que el actor fue atendido por él, el 16 de marzo de 2020, por un cuadro respiratorio alto sugerente a una Rinitis Alérgica y establece que padeció una rinosinusitis aguda.

**DUODÉCIMO:** Que las copias de correos electrónicos con la Comisión para el Mercado Financiero, agregadas en folio 73, solo permiten concluir que el actor reclamo del rechazo de la cobertura por la demandada, excusándose tal repartición pública, por carecer de competencia para pronunciarse sobre el cumplimiento de las estipulaciones del contrato entre las partes.

**DÉCIMO TERCERO:** Que las copias de constancia emitidas por BCI, agregadas en folio 73, no objetadas, referente a Pac asociado a cuenta del actor, permite tener por acreditado que éste pagó todas las primas correspondientes del seguro contratado con la demandada, hasta al menos el 6 de marzo de 2023.

**DÉCIMO CUARTO:** Que la copia de Detalle de Prestaciones emitida por Isapre Colmena, referida al actor, agregada en folio 73, no objetada, permite presumir el actor se realizó una serie de exámenes propios de control de salud, entre el 2 y 12 de enero de 2020.

**DÉCIMO QUINTO:** Que las copias de cartas de la demandada, agregadas en folio 77, no objetadas, sin recepción del actor, son tan solo indiciarias de las presuntas comunicaciones que habría efectuado dicha parte al asegurado, para informar sobre la demora en la resolución de la liquidación del siniestro denunciado por aquel, requiriendo varios antecedentes médicos entre agosto de 2020 y el 16 de septiembre de 2021.



**Foja: 1**

La copia de carta de 5 de octubre de 2021, no objetada, es indiciaria de haberse informado por la compañía de seguros que se rechazaba el siniestro, por no haberse informado la presencia de una enfermedad preexistente en la declaración de salud.

**DÉCIMO SEXTO:** Que la copia de escritura pública de compraventa acompañada en folio 78, no objetada, de 25 de agosto de 2021, otorgada en la Segunda Notaría de Rancagua, permite establecer que el actor, con esa fecha vendió a un tercero, un inmueble ubicado en la comuna de Machalí, en Avenida Los Castaños, inscrita en el Conservador de Bienes Raíces de Rancagua, en la suma de UF 5.887.

**DÉCIMO SÉPTIMO:** Que la copia de Informe de Tasación Urbana, emanado de Itaú, agregada en folio 78, solo permite establecer un indicio respecto del valor comercial que tendría un inmueble ubicado en Los Castaños 1047/ Lt A, de la comuna de Machalí, al 12 de marzo de 2021 y que habría ascendido a la suma de \$226.941.968.-

**DÉCIMO OCTAVO:** Que de conformidad con el mérito de lo informado por el perito designado en autos, médico cirujano, don Guillermo Concha Grossi, quien evacuó su informe en folio 136, no objetado, cuyos dictámenes técnicos en medicina extraídos de los antecedentes que obran en el proceso, parecen concordantes, y permiten presumir a este tribunal, fundadamente, que el señor Arancibia, al momento de contratar el seguro de salud, el 5 de mayo de 2020, cursaba un cuadro clínico prolongado caracterizado por tos, disnea y dolor torácico, situación que fue evaluada por un especialista broncopulmonar, quien solicitó un escáner de tórax, cuyo informe fue remitido el 7 de mayo de 2020, con diagnóstico de “derrame pleural derecho y engrosamiento del intersticio, compatible con linfangitis carcinomatosa. Imagen seudonodular del lóbulo superior pulmonar derecho, de interpretación incierta. Derrame pericárdico”; que con ese estudio el actor fue derivado a la Clínica Indisa para su hospitalización y estudio de hallazgos señalados; que el actor al momento de la contratación del seguro de salud, el 5 de mayo de 2020, efectivamente cursaba una patología subaguda (de más de tres semanas de evolución), en ese momento desconocida en su causa y que se encontraba en estudio; y que el diagnóstico definitivo del origen de la patología se obtiene el 28 de mayo de 2020, con el informe de biopsia pulmonar con estudio inmunohistoquímico que confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de origen pulmonar.

**DÉCIMO NOVENO:** Que, en virtud de los hechos reconocidos en el proceso y la prueba rendida y analizada precedentemente, pueden establecerse como hechos acreditados en la causa, los siguientes:

1.- Que el actor padecía ya la enfermedad de cáncer, al momento de suscribir el contrato con la demandada, pero no estaba diagnosticado todavía a esa época y no



**Foja: 1**

aparece que el asegurado haya tenido conocimiento de esa enfermedad, ya que se estaba tratando y estudiando un cuadro que se diagnosticó, en principio, solamente como una sinusitis alérgica y rinosinusitis;

2.- Que el actor omitió datos relevantes en su declaración de salud previa a la contratación, como los antecedentes de cáncer de sus padres y que estaba realizándose exámenes, en esa época, referidos a su situación broncopulmonar;

3.- Que la demandada demoró un plazo superior a 45 días, en pronunciarse sobre la liquidación del siniestro, sin haber prorrogado el plazo en la forma prevista en la Circular N°2106 de la Superintendencia de Valores y Seguros adjuntada a la póliza, sobre Procedimiento de Liquidación de Siniestros; y

4.- Que se emitió un informe de liquidación, rechazando la cobertura del seguro, por la parte demandada.

**VIGÉSIMO:** Que conforme lo prevenido en el artículo 1545 del Código Civil, todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por consentimiento mutuo o por causas legales.

**VIGÉSIMO PRIMERO:** Que a su vez el artículo 1546 del mismo Código Civil, dispone que los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la Ley o por la costumbre pertenecen a ella. Consecuentemente, es obligación de los contratantes, efectuar las actuaciones que sean necesarias para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por éstas en el contrato de seguros celebrado por ellas, en el caso de la demandada, efectuar todos los trámites requeridos para liquidar el siniestro, cuando se produjere algunos de los hechos o daños, que estuvieran cubiertas por la póliza respectiva; y en el caso del asegurado, declarar sinceramente los hechos que motivan el siniestro denunciado, además, de pagar la prima de la póliza respectiva.

**VIGÉSIMO SEGUNDO:** Que la disposición del artículo 1489 del Código Civil previene:

*“En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado.*

*Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios. ”*

Resulta evidente de dicha disposición legal que sólo el contratante diligente, es decir, aquel que ha cumplido con sus obligaciones correlativas puede valerse de dicha norma para reclamar, el cumplimiento forzado del contrato o la resolución de este.



Foja: 1

**VIGÉSIMO TERCERO:** Que, por su parte, el artículo 1552 del Código Civil confirma la tesis planteada en la motivación anterior, al establecer que ninguno de los contratantes de un contrato bilateral se encuentra en mora, mientras el otro no lo cumple por su parte, o se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debidos.

**VIGÉSIMO CUARTO:** Que el artículo 512 del Código de Comercio, establece:

*“Contrato de seguro. Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufiere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.*

*Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte, sino que también, la sobrevivencia, constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro. Las normas de este título rigen a la totalidad de los seguros privados. No son aplicables a los seguros sociales, a los contratos de salud regulados por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, ni al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.”*

**VIGÉSIMO QUINTO:** Que el artículo 514 del Código de Comercio, dispone:

*“Propuesta. La proposición de celebrar un contrato de seguro deberá expresar la cobertura, los antecedentes y circunstancias necesarios para apreciar la extensión de los riesgos.*

*Para estos efectos, el asegurador deberá entregar al tomador, por escrito, toda la información relativa al contenido del contrato que se celebrará. Ésta deberá contener, al menos, el tipo de seguro de que se trata, los riesgos cubiertos y las exclusiones; la cantidad asegurada, forma de determinarla y los deducibles; la prima o método para su cálculo; el período de duración del contrato, así como la explicitación de la fecha de inicio y término de la cobertura.”*

**VIGÉSIMO SEXTO:** Que el artículo 524, n°1 del Código de Comercio, establece como una de las obligaciones del asegurado, en su numeral primero, lo siguiente:

*“Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.”*



**Foja: 1**

El artículo 525 del mismo código, continua en lo pertinente, con las siguientes disposiciones:

*“Declaración sobre el estado del riesgo. Para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.*

*Si el siniestro no se ha producido, y el contratante hubiere incurrido inexcusablemente en errores, reticencias o inexactitudes determinantes del riesgo asegurado en la información que solicite el asegurador de acuerdo al número 1º del artículo anterior, el asegurador podrá rescindir el contrato. Si los errores, reticencias o inexactitudes sobre el contratante no revisten alguna de dichas características, el asegurador podrá proponer una modificación a los términos del contrato, para adecuar la prima o las condiciones de la cobertura a las circunstancias no informadas. Si el asegurado rechaza la proposición del asegurador o no le da contestación dentro del plazo de diez días contado desde la fecha de envío de la misma, este último podrá rescindir el contrato. En este último caso, la rescisión se producirá a la expiración del plazo de treinta días contado desde la fecha de envío de la respectiva comunicación.*

*Si el siniestro se ha producido, el asegurador quedará exonerado de su obligación de pagar la indemnización si proviene de un riesgo que hubiese dado lugar a la rescisión del contrato de acuerdo al inciso anterior y, en caso contrario, tendrá derecho a rebajar la indemnización en proporción a la diferencia entre la prima pactada y la que se hubiese convenido en el caso de conocer el verdadero estado del riesgo.*

*Estas sanciones no se aplicarán si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido los errores, reticencias o inexactitudes de la declaración o hubiere debido conocerlos; o si después de su celebración, se allana a que se subsanen o los acepta expresa o tácitamente.”*

**VIGÉSIMO SÉPTIMO:** Que, por su lado, el artículo 529 del Código de Comercio, establece:

*“Obligaciones del asegurador. Además de la contemplada en el artículo 519, el asegurador contrae las siguientes obligaciones:*

*1) Cuando el seguro fuere contratado en forma directa, sin intermediación de un corredor de seguros: prestar asesoría al asegurado, ofrecerle las coberturas más convenientes a sus necesidades e intereses, ilustrarlo sobre las condiciones del contrato y asistirlo durante toda la vigencia, modificación y renovación del contrato y al momento del siniestro. Cuando el seguro se contrate en esta forma, el asegurador será responsable*





Foja: 1

*de las infracciones, errores y omisiones cometidos y de los perjuicios causados a los asegurados.*

*2) Indemnizar el siniestro cubierto por la póliza.”*

**VIGÉSIMO OCTAVO:** Que el artículo 530 del Código de Comercio, contempla:

*“Riesgos que asume el asegurador. El asegurador responde de los riesgos descritos en la póliza, con excepción de las situaciones expresamente excluidas por ella.*

*A falta de estipulación, el asegurador responde de todos los riesgos que por su naturaleza correspondan, salvo los excluidos por la ley.”*

**VIGÉSIMO NOVENO:** Que el artículo 531 del Código de Comercio, prescribe:

*“Siniestro. Presunción de cobertura y excepciones. El siniestro se presume ocurrido por un evento que hace responsable al asegurador.*

*El asegurador puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley.”*

**TRIGÉSIMO:** Que el artículo 591 del Código de Comercio, señala:

*“Enfermedades y dolencias preexistentes. Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor.”*

**TRIGÉSIMO PRIMERO:** Que el artículo 592 del Código de Comercio, establece:

*“Indisputabilidad. Transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas.”*

**TRIGÉSIMO SEGUNDO:** Que, en el escenario de autos, si bien es cierto, no se ha podido acreditar que el actor supiera de la existencia del cáncer que padecía, antes de contratar con la demandada, ni tampoco estaba diagnosticado, todavía, no lo es menos, que no expresó sinceramente en la Declaración de Salud, el hecho de haberse estado realizando exámenes y que tenía antecedentes familiares de cáncer, cuestiones relevantes para la demandada, para aceptar la cobertura en los términos en que se convino o haberla pactado en términos distintos, al menos, respecto del cáncer que lamentablemente sufrió el demandante, lo que implica un incumplimiento contractual del asegurado.



Foja: 1

**TRIGÉSIMO TERCERO:** Que de acuerdo a lo previsto en el contrato de seguros celebrado por las partes y el siniestro ocurrido, relatado y denunciado por el asegurado, resulta evidente que si bien corresponde a uno de los riesgos cubiertos por la compañía y que ella debía cumplir en términos normales, de conformidad a las cláusulas de la póliza convenida por las partes contratantes, lo cierto es que se encuentra eximida de tal obligación, en virtud de la declaración no fidedigna que hizo el asegurado, de los aspectos relevantes ya aludidos anteriormente.

**TRIGÉSIMO CUARTO:** Que, adicionalmente, conforme el incumplimiento del actor de lo previsto en el artículo 524 del Código de Comercio, relacionados con la falta de veracidad de la declaración del asegurado de sus antecedentes de salud, no resulta exigible la obligación correlativa de la demandada, conforme lo prevenido en el artículo 1552 del Código Civil.

**TRIGÉSIMO QUINTO:** Que, en virtud de lo razonado precedentemente, no habiendo cumplido el actor con sus obligaciones de declarar sinceramente sus antecedentes de salud preexistentes, al momento de contratar, no cabe acoger su demanda de cumplimiento forzado de la obligación, ni la indemnización de perjuicios que derivaría del supuesto incumplimiento de la demandada.

**TRIGÉSIMO SEXTO:** Que, por lo demás, no se ha justificado de modo alguno en el proceso, por la parte demandante, los costos en que habría tenido que incurrir por la cobertura de seguro que solicitó, por lo que mal podría este tribunal establecer cuál sería el monto cuyo cumplimiento forzado se pide, no bastando para ello, la mera declaración de la demanda, no aceptada en la contestación o en la dúplica, lo que constituye otra razón para desechar la demanda de cumplimiento forzado.

Del mismo modo, tampoco, se ha rendido prueba suficiente para justificar el daño moral reclamado que habría padecido el actor, con motivo del presunto incumplimiento en que habría incurrido la demandada, el principal que se descarta, porque el rechazo de la cobertura se ajustó a lo convenido por las partes en el contrato celebrado por ellas, no pudiendo presumirse tal daño de los meros dichos de la demanda.

Por otra parte, la venta de un inmueble por el actor, según la escritura acompañada en autos y el presunto valor de tasación de éste, no pueden relacionarse directamente, con el presunto daño moral que habría padecido el actor, lo que no se ha desarrollado, siquiera de forma razonable.

**TRIGÉSIMO SÉPTIMO:** Que, por último, si bien es cierto, ha podido establecerse que la demandada no cumplió con el plazo reglamentario previsto para la liquidación y siguió cobrando las primas, a pesar de que tenía antecedentes suficientes para haber rechazado la cobertura con antelación, al no haber cumplido el actor con



**Foja: 1**

una de sus obligaciones principales y legales, lo que determinó la exclusión de la cobertura por el cáncer que padeció, no puede accederse a sus pretensiones.

**TRIGÉSIMO OCTAVO:** Que, en atención a lo razonado precedentemente, deberán rechazarse las demandas de cumplimiento forzado de contrato y de indemnización de perjuicios, en todas sus partes.

**TRIGÉSIMO NOVENO:** Que la demás prueba rendida, no detallada o considerada especialmente, en nada incide en lo asentado en las motivaciones precedentes.

**CUADRAGÉSIMO:** Que pudiendo estimarse la existencia de motivo plausible para litigar del actor, considerando el incumplimiento de la demandada respecto del plazo para liquidar el siniestro y que no se acreditó que tuviera conocimiento de su enfermedad, a la época en que contrató, se le eximirá del pago de costas.

Por tales consideraciones, normas citadas, y visto, además, lo dispuesto en los artículos 160, 170, 254, 346, 399, 426, 698 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; 1437, 1698 del Código Civil; 512, 529 n°2 y 543 del Código de Comercio, se declara:

- Que **se rechaza**, sin costas, la demanda de cumplimiento forzado e indemnización de perjuicios, deducidas en lo principal del escrito de 16 de noviembre de 2022, en todas sus partes.

Anótese, regístrese y notifíquese.

Pronunciada por doña Mónica Cortés Rosso, Juez Suplente

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Santiago, veinte de agosto de dos mil veinticinco**. Acb.



