

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

Santiago, veintitrés de diciembre de dos mil trece.

VISTOS:

Que a fojas 29 por resolución del Sexto Juzgado Civil de Santiago, el suscrito José Fernández Richard, fue designado Juez Arbitro de Derecho, para conocer y resolver las diferencias y controversias, suscitadas entre las partes, con motivo de la interpretación de las condiciones generales y particulares, del cumplimiento o incumplimiento, e indemnizaciones del contrato de seguro, que consta de la póliza N° 20601253 de desgravamen para créditos hipotecarios, COPR Banca, dificultades suscitadas entre Albertina del Carmen Cuevas Fernández, y la Compañía de Seguros de Vida Cardiff S.A.

A fs. 33 aparece la aceptación legal del cargo y a fs. 34, se tuvo por constituido el compromiso y se designó Actuario a la Secretaria subrogante del 6º Juzgado Civil de Santiago, doña María Elena Moya y a doña Mindy Villar Simon, Secretaria titular de dicho Tribunal y se citó a comparendo para el 10 de Agosto del 2011 a las 15.00 horas, el que se llevó a cabo con dicha fecha determinándose las normas de procedimiento.

Que a fs. 40 la parte demandante presenta su demanda en los siguientes términos: La parte de Albertina del Carmen Cuevas Fernández, domiciliada en Punta Arenas, Villas Las Nieves, Pasaje Ventisqueros N° 04371, representada por el abogado don Luis Alberto

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

Díaz Convecar, según mandato especial acompañado a fs. 14, domiciliado en Cantaro Navarro 1066 oficina 405, Piso 4º, Punta Arenas, quien delegó poder a don Christian Toro Lisboa 6071, Lo Prado, ciudad de Santiago, demandó a fs. 40 a la Compañía de Seguros Cardiff S.A., del giro de su denominación, domiciliada en Hendaya N° 60 oficina 302, comuna de Las Condes, representada por don Gian Carlo Lorenzini Rojas, abogado de ese mismo domicilio, exigiendo el cumplimiento forzado del contrato de seguro celebrado con la Compañía de Seguros de Vida Cardiff S.A., el 30 de Marzo del 2006, correspondiente a la póliza colectiva n° 20601253. La actora expresa que con fecha 24 de Julio del 2006 el Sr. Juan Domingo Mariñan Tobar, contratante de la póliza falleció, y que tal circunstancia se puso en conocimiento de la Compañía de Seguros, la que rechazó el pago del siniestro, en atención a antecedentes médicos anteriores a la fecha de incorporación a dicha póliza y a lo dispuesto en el Condicionado General de la POL 205035. Refuta la actora las preexistencias agregando que el Banco con quien contrató un crédito hipotecario, obligó a contratar el seguro en referencia, y que entre otros antecedentes al Sr. Mariñan no se le habría solicitado una declaración de salud. Agrega que las declaraciones de preexistencia que efectúa el asegurado, en la cual bajo su puño y letra, bajo su propia firma y responsabilidad se refiere a ella, en lo tocante al Sr. Mariñan Tobar

PS

nada declaró, porque nadie se le exigió. Termina solicitando se dicte sentencia condenatoria en contra de Compañía de Seguros de Vida Cardiff S.A., declarándose que debe pagarle al Banco Corp Banca el saldo insoluto del crédito hipotecario desde la fecha del fallecimiento del asegurado Mariñan Tobar que asciende a un total de 1.016,29 UF con un tope de capital asegurado ascendente a 30.000 UF, al cual lo pactado en la póliza de seguro de desgravamen N° 20601263, todo ello con costas.

A fs. 49 la parte demandada deduce excepciones dilatorias del art. 303 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, lo que es acogida a fs. 53, y subsanada a fs. 55.

A fs. 59 la demandada, opone excepción de prescripción y en el otrosí, contesta la demanda en los siguientes términos:

"GIAN CARLO LORENZINI ROJAS, de COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA CARDIF S.A., sociedad del giro de su denominación, todos domiciliados para estos efectos en calle Hendaya N° 60, oficina, 302, comuna de Las Condes, Santiago, en los autos sobre juicio ordinario de indemnización de perjuicios, caratulados **"CUEVAS con COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA CARDIF S.A."**, a U.S.A. respetuosamente digo:

Luego de aclarada la demanda, y con los antecedentes que fundan la misma, corresponde plantear que si bien no hay ningún indicio de incumplimiento alguno de mi representada, la eventual responsabilidad

MS

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

de la demandada, emanada del contrato de seguro, se encuentra prescrita. Atendido lo dispuesto en los artículo 568 y 822 del Código de Comercio que señalan:

"Art 568.- Las acciones resultantes del seguro terrestre, salvo el de transportes, prescriben por el transcurso de cuatro años. Si la prima fuere pagadera por cuotas en épocas fijas y periódicas, la acción para cobrar cada cuota prescribe en cuatro años, contados desde el momento en que sea exigible."

"Art. 822 Las acciones que procedan de las obligaciones de que trata el presente Libro y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, durarán cuatro años.

Las prescripciones establecidas en este Código corren contra toda clase de personas."

En autos al aclarar su demanda el actor señala a fojas 55:

"Mediante carta enviada a la familia del asegurado de fecha 15 de noviembre de 2006, se rechazó la cobertura del siniestro "por condiciones de asegurabilidad". Con fecha 11 de enero de 2007 apela de dicha decisión y el mismo día 11 de enero de 2007 don Julio Herrera Vergara Jefe de Beneficios Compañía de Seguros Vida Cardif S.A.

Corpbanca que se "se ha determinado mantener el rechazo del siniestro."

Entonces el plazo de prescripción, comenzó una vez transcurrido el plazo establecido en el artículo 23 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguro que señala:

"Artículo 23.- Recepcionado el informe de un liquidador, la compañía y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, la impugnación de éste será sólo facultad del asegurado.

Impugnado el informe de un liquidador, éste dispondrá de un plazo de cinco días para responder dicha impugnación."

Aún cuando entendiéramos que la "apelación" y su "rechazo", gestiones sin ningún valor legal, ambos de 11 de enero de 2007, fijan el inicio del cómputo de la prescripción, las acciones se encuentran prescritas, en atención a que la notificación válida de la solicitud de arbitraje fue notificada con fecha 13 de junio de 2011, como consta en autos.

En suma los 4 años de prescripción se encuentran absoluta y sobradamente cumplidos.

El artículo 310 del Código de Procedimiento Civil, señala que la excepción de prescripción podrá oponerse en cualquier estado de la causa, en primera instancia antes que se cite a las partes a oír sentencia, y en segunda, antes de la vista de la causa, por lo que no habiéndose citado aún a las partes a oír sentencia la excepción es oportuna.

Pero más allá de la oportunidad procesal en que cabe interponer esta excepción, corresponde aclarar que hemos excepcionado de prescripción en esta etapa del proceso por cuanto, aclarada la demanda, queda claramente establecido que ha operado la prescripción de las acciones.

SOLICITO A US. se sirva tener por deducida la excepción de prescripción, acogerla a tramitación incidental, y resolver en definitiva que ha lugar a la prescripción de la acción deducida negando lugar a la demanda con costas.

EN EL OTROSÍ: Dentro de plazo legal, vengo en contestar la demanda solicitando su rechazo en todas sus partes y con expresa condena en costas, de conformidad a los antecedentes que a continuación pasamos a exponer:

I.- La Demanda

En estos autos la demanda ha sido interpuesta en contra de Compañía de Seguros Cardif Vida S.A., exigiendo el cumplimiento forzado del Contrato de Seguro celebrado con nuestra representada el día 30 de marzo de 2006, correspondiente a la póliza colectiva Nº 20601253.

Según se afirma en la demanda, con fecha 24 de julio de 2006 el Sr. Juan Domingo Mariñan Tobar, contratante de la póliza, falleció.

Señalan los actores que, luego de denunciar dicha circunstancia mi representada rechazó el pago del siniestro, en atención a antecedentes

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

médicos anteriores a la fecha de incorporación a dicha póliza, y a lo dispuesto en el Condicionado General de la POL. 205035.

Luego refuta las preexistencias, agregando que el banco con quien contrató un crédito hipotecario obligó a contratar dicho seguro, y que entre otros antecedentes al Sr. Mariñan no se le habría solicitado una declaración de salud.

Complementa señalando en la página 5 de su demanda que "...las declaraciones de preexistencias que efectúa al asegurado, en el cual de su puño y letra, bajo su propia firma y responsabilidad, constando mediante su firma...Estamos ciertos que el Sr. Mariñan Tobar nada declaró porque nada se le exigió."

Luego analiza la normativa aplicable, para finalmente solicitar el cumplimiento del contrato de seguros.

Desde ya a todos los efectos probatorios correspondientes, controvertimos en su integridad la relación de hechos que contiene la demanda, sea por no corresponder a la realidad o bien porque ellos no constan a esta parte, salvo por los expresamente reconocidos en este escrito, entre ellos el deceso del Sr. Mariñan. En consecuencia, corresponderá a la demandante probar la existencia de incumplimientos imputables a mi representada. Sin embargo, desde ya, especialmente controvertimos que el Sr. Mariñan fuera obligado a

contratar el seguro, y que no se le haya solicitado una declaración de salud al momento de su contratación.

II.- Sobre el Contrato de Seguro de Autos

Con fecha 30 de marzo de 2006, el Sr. Mariñan Tobar, contrató con mi representada Compañía de Seguros de Vida Cardiff S.A., la póliza N° 20601253 correspondiente a un seguro de desgravamen para créditos hipotecarios CORPBANCA, el cual se rige por las condiciones registradas ante la Superintendencia de Valores y Seguros generales POL 205035.

Dicho seguro fue contratado voluntariamente por el asegurado toda vez que oportunamente manifestó su "... VOLUNTAD DE ORDEN QUE ADEMAS DEL CRÉDITO QUE SOLITO, DESEO CONTRATAR EL (LOS) SEGURO (S) QUE MÁS ADELANTE SE INDICA (N) POR EL PRECIO SEÑALADO EN ESTA PROPUESTA DECLARANDO QUE **ESTOY EN CONOCIMIENTO QUE PUEDO OBTENER EL CRÉDITO SOLICITANDO LA MISMA TASA Y DEMÁS CONDICIONES SI NO ADQUIRIERA TALES SEGUROS POR TANTO SOLICITO A CORPBANCA ME INCORPORE A LOS SEGUROS COLECIVOS QUE TENGA CONTRATADO..."** (destacado agregado)

A mayor abundamiento el actor específicamente solicitó la contratación de un seguro de desgravamen crédito hipotecario marcando la casilla respectiva.

Debemos recordar que el contrato de seguro, se encuentra extensamente regulado en nuestro Código de Comercio, (Título VIII, del Seguro en General y de los Seguros Terrestres en Particular), en legislación especial sobre la materia tales como el DFL 251 y Decreto Supremo nº 863, de 1989 (Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros) y en las distintas circulares y normas de carácter general emanadas de la Superintendencia de Valores y Seguros, en adelante SVS.

Al respecto hay ciertos conceptos importantes a considerar en torno al contrato de seguro:

A) La Póliza:

La póliza ha sido definida como: "Documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el asegurador y el asegurado. Es un documento cuya inexistencia afectaría a la propia vida del seguro, ya que sólo cuando ha sido emitido y aceptado por ambas partes se puede decir que han nacido los derechos y obligaciones que del mismo se derivan." (Diccionario Mapfre Seguros).

Recogiendo la definición generalmente aceptada ya transcrita, el artículo 514 del Código de Comercio señala:

"El seguro se perfecciona y prueba por escritura pública, privada

u oficial, que es la autorizada por un corredor o por un cónsul chileno en su caso.

El documento justificativo del seguro se llama póliza.

La póliza puede ser nominadamente extendida a favor del asegurado, a su orden o al portador.

Otorgándose escritura privada u oficial, se extenderán dos ejemplares para resguardo reciproco de las partes."

La póliza se compone de condiciones generales y condiciones particulares. Lo anterior es relevante toda vez, que en el mercado nacional sólo se pueden comercializar pólizas cuyos condicionados generales hayan sido depositados previamente en la SVS de acuerdo a lo dispuesto en la Norma de Carácter General 124.

Entonces "Las condiciones generales de la póliza se encuentran depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros y se identifican con un código de depósito que debe ser informado por el asegurador." a su vez "Las condiciones particulares singularizan el contrato en particular, relativas a materias tales como individualización de las partes, bienes o materia objeto del seguro, monto asegurado, prima convenida, deducibles, etc."

Recordemos, que en el caso en comento el condicionado general

contratado es el de incendio aprobado por la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POL 205035.

Efectuamos estas breves aclaraciones, toda vez que cómo veremos en el acápite siguiente tanto las condiciones generales, cómo particulares contienen exclusiones expresas en caso de preexistencias y reticencias en materia de salud. La póliza es la ley que rige el presente litigio y en base a ella deberá resolverse la presente causa.

**III.- EL SINIESTRO CERECE DE COBERTURA PUES SE OCULTÓ
INFORMACIÓN ESENCIAL AL MOMENTO DE CONTRATAR LA
PÓLIZA**

El asegurado omitió y ocultó información esencial al momento de contratar la póliza. En efecto, al momento de contratar con mi representada el señor Marinan declaró:

"...QUE HA MI MEJOR CONOCIMIENTO, INFORMACION Y ENTENDER, NO PADECER O HABER SIDO DIAGNOSTICADO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, ALCOHOLISMO, ADICCIÓN A LAS DROGAS, DIABETES, ENFERMEDADES AL RIÑON, PATOLOGÍAS CONGENITAS, FIEBRE REUMATICA, ENFERMEDADES CARDIACAS, ENFERMEDADES DEL PULMON, CANCER, HEPATITIS B, DESORDENES NERVIOSOS O MENTALES, INFECCION VIH (SIDA) INFARTO AL MIOCARDIO, ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIEREN CIRUGIA, ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO O

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA, ADEMÁS ENTIENDO Y CONCUERDO QUE NINGUNO DE LOS BENEFICIOS DE ESTE SEGURO OPERARA SI LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO O DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD, FUESE PREEEXISTENCIA A LA FECHA DE SUSCRIPCION DE ESTA PROPUESTA. ASIMISMO AUTORIZO A CARDIF COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., A SOLICITAR A CUALQUIER HOSPITAL, CLINICA U OTRA INSTITUCION INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD O EL ESTADO DE LAS PERSONAS PROPUESTAS PARA EL SEGURO. FINALMENTE DECLARO QUE NINGUNO DE LOS PROPUESTOS ASEGURADOS DE ESTA SOLICITUD HA SIDO RECHAZADA POR ALGUNA COMPAÑIA ASEGURADORA DE VIDA DURANTE LOS ÚLTIMOS 24 MESES.

EN CASO DE ESTAR EN CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD, MENCIONADA O NO EN LA DECLARACION, FAVOR DE ESPECIFICAR A CONTINUACION (DIAGNOSTICO, FECHA DIAGNOSTICO / TRATAMIENTO, DURACION DEL TRATAMIENTO O CONSECUENCIAS DEL MISMO MEDICO TRATANTE / ESTABLECIMIENTO)."

Asimismo las condiciones generales de la Póliza contratada (POL 205035) señalan:

"DECLARACIONES

ARTICULO N° 5:

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituye condición de validez de este contrato de seguro.

Cualquiera reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la nulidad de contrato, en cuyo caso se devolverá al asegurado o a sus herederos, el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza, estimándose éstos en la primera prima anual, y sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 558 del Código de Comercio. " (Destacado agregado).

A su vez, las condiciones particulares de la póliza reiteran la exclusión, en relación a las preexistencias al señalar:

"La póliza no cubre Asegurados con enfermedades persistentes. Para efectos de esta póliza debe entenderse como enfermedad preexistente, aquella que ha sido diagnosticada por un médico profesional y/o ha

estado en conocimiento del asegurado al momento de la entrada en vigencia de la cobertura."

Entonces malamente podría indicarse como se señala en la demanda que el Sr. Mariñan nada firmó o desconocían las obligaciones que el contrato le imponía.

Sin embargo teniendo la oportunidad de hacerlo, el Sr. Mariñan no declaró sus enfermedades preexistentes, y sólo una vez que falleció, y al revisar su ficha clínica del Hospital de las FFAA Cirujano Guzmán, se constataron los diagnósticos previos de Tuberculosis TBC y HTA (Hipertensión arterial.)

Estas preexistencias en ningún momento fueron informadas a mi representada a la cual **se le ocultó deliberadamente esa información de suyo relevante** para apreciar el riesgo.

Es bien sabido que el principio de la buena fe tiene una especial importancia en materia de seguros, especialmente en relación al deber del asegurado de revelar las circunstancias del riesgo. La ley chilena acoge este principio y establece la obligación perentoria del asegurado de "*declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciarla extensión de los riesgos...*", y la sanción a este incumplimiento está establecida en el artículo 557 del Código de Comercio, antes citado, el cual dispone que:

Art. 557. El seguro se rescinde:

1º Por las declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieran retraeerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones;

En definitiva, tenemos una situación perfectamente acreditada en el sentido que el contratante no declaró enfermedades preexistentes. Hay aquí una reticencia, un incumplimiento del deber de declarar las circunstancias necesarias para evaluar un riesgo y el ocultamiento deliberado de una preexistencia.

IV.- INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR

En el presente caso, no se cumplen los requisitos necesarios mínimos para imputar un incumplimiento contractual a mi representada, quien al momento de rechazar el siniestro actuó diligentemente.

Así, siendo un hecho del juicio, no reclamado por el actor, el que Cardif recibió los antecedentes que se le entregaron al denunciar el siniestro, que procedió legalmente al asignarle un número de siniestro (Nº 253250) y que se procedió a su liquidación conforme lo señala la Ley (y con toda diligencia), de conformidad a lo dispuesto en el artículo 1547 del Código Civil toca a la parte demandante acreditar que los hechos de que se dan cuenta los antecedentes médicos a que hemos aludidos son

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

falsos.

Así, sólo acreditando lo anterior podría acogerse la demanda respecto del monto asegurado, cuestión que, como señalamos en los párrafos anteriores, estimamos que no corresponde su cobro y pago por carecer el siniestro de cobertura.

POR TANTO;

RUEGO A U.S. tener por contestada la demanda y, en definitiva, rechazarla en costas.

A fs. 72, la actora presenta un escrito de téngase presente, en los diferentes términos:

"IVÁN REYES TOLEDO, por la demandante, en los autos caratulados
**"CUEVAS FERNÁNDEZ, ALBERTINA con COMPAÑÍA DE SEGUROS
DE VIDA CARDIFF S.A.",** a S.A., respetuosamente digo:

Que vengo en solicitar se tengan presente, para todos los efectos legales, las siguientes consideraciones:

I) Como consta en autos, esta causa versa sobre la negativa de la aseguradora demandada, en orden a pagar a Banco Corpbanca, acreedor hipotecario del crédito otorgado a don Juan Domingo Mariñan Tobar -cónyuge de la actora- para adquirir una propiedad.

El motivo que adujo "Cardiff", durante el proceso de Liquidación para no pagar, sería una supuesta reticencia del asegurado para declarar enfermedades pre-existentes al momento de tomar el seguro.

Dichas enfermedades habrían sido una Tuberculosis (TBC) y una Hipertensión Arterial (HTA).

Asimismo, ahora en autos, alega la concurrencia de la prescripción contenida para esta materia en el Código de Comercio.

II) Respecto a las supuestas enfermedades pre-existentes:

La excusa que esgrime "Cardiff" para no pagar el siniestro, consiste en una supuesta Tuberculosis e Hipertensión que no habría sido declarada por el Sr. Mariñan al tiempo de celebrar el contrato de seguros, no se ajusta a la verdad y mi parte la niega y controvierte total, absoluta y definitivamente, por cuanto, por una evidente negligencia de la aseguradora, la declaración de salud que debió solicitarle al asegurado, un lego en materia de seguros, nunca le fue solicitada, ni por ésta ni por el Banco Corpbanca."

"Por el contrario, negamos que esas enfermedades, en el caso de la TBC, existiera al tiempo de celebrar el contrato y que la Hipertensión fuera o constituyera una enfermedad descontrolada o que le conlleva problemas de salud, ni al tiempo asegurarse, ni con posterioridad.

Asimismo, afirmamos que, en el improbable evento de que tal circunstancia esgrimida como excusa para no pagar la indemnización existiera, y aún fuera probado en autos, tampoco puede invocarse tal hecho para negar el pago del seguro que reclamo, porque no constituye la causa de la muerte del asegurado, muerte que da nacimiento al

derecho a cobrar la indemnización.

No está demás recordar que de acuerdo al texto de la póliza, aun cuando el Sr. Mariñan hubiese padecido de TBC y/o HTA, si una o ambas no fueron la causa de la muerte, igualmente debe indemnizar, de acuerdo al N° 3 del artículo 2 de las Condiciones Generales de la póliza de autos.

Esa norma, de carácter contractual, señala que "...Este seguro no cubre el riesgo de muerte **SI EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO ES CONSECUENCIA de alguna de las siguientes situaciones...3º Enfermedades o lesiones, o dolencias preexistentes..."**

A contrario sensu, si el fallecimiento no es consecuencia de TBC y/o HTA la aseguradora debe indemnizar.

Por ende, será de exclusivo cargo de "Cardiff" acreditar y probar indubitablemente a S.S.A. que una u otra enfermedad fueron la causa directa de la muerte del Sr. Mariñan.

Por demás, en el supuesto caso que la TBC y/o HTA fueran la causa de la muerte del Sr. Mariñan, **lo que jurídicamente procede es solicitar LA RESCISIÓN del contrato de seguro, al tenor de lo que señala el artículo 557 en relación al N° 1 del artículo 556, ambos del Código de Comercio.**

De acuerdo a la primera de las normas legales antes citadas, **"El seguro se rescinde: 1º Por las declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado."**

Y señala la segunda de las disposiciones aludidas, que "...El asegurado está obligado: 1º A declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos."

Nótese que de acuerdo a la redacción del citado artículo 557, se trata de una **Norma imperativa** ("...El asegurado se rescinde..."), razón por la cual si la aseguradora quiere que se declare en la sentencia definitiva, de manera procesalmente pertinente, que la causa para declarar que no procede indemnizar sea esa supuesta falta de declaración del asegurado, "Cardiff" debió demandar, en este caso reconvencionalmente y cumpliendo con todos y cada uno de los requisitos aplicables, la declaración de rescisión, lo que no hizo, razón por la cual su contestación, respecto de este punto, **CARECE DE UN REQUISITO DE PROCESABILIDAD.**

Nótese de los escritos de la aseguradora presentados hasta esta etapa, que no solicitó tal declaración de rescisión y, por ende, a su respecto operó la **PRECLUSIÓN**.

Lo mismo debe aplicarse respecto de la nulidad, que tampoco alegó la aseguradora, si se aplica el artículo 5º de las Condiciones Generales de la póliza, que corre a fojas 5, debió demandar ante VS.A., reconvencionalmente, la declaración de esa sanción, **lo que tampoco hizo.**

El aludido artículo 5º de las Condiciones Generales de la póliza dispone que "...Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquier circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera sustraerla de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para **DEMANDAR LA NULIDAD (sic) DEL CONTRATO...**".

Asimismo, la declaración de esas circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos, no fue solicitada por el Banco acreedor hipotecario, que fue quien trató la obtención del asegurado.

Tampoco solicitó "Cardiff" esa declaración, ni en la etapa de proposición del seguro, ni a la fecha de tomarse, ni durante todo el tiempo en que el Sr. Mariñan pagó prima, lo que, para la aseguradora, al tenor de lo señalado por el artículo 12 del Código Civil, significa o se traduce en una **RENUNCIA DE SU DERECHO** a reclamar por su falta.

La aludida norma legal señala que "Podrán renunciarse los derechos conferidos por las leyes, con tal que sólo miren al interés individual del renunciante, y que no esté prohibida su renuncia."

Ello conlleva otra consecuencia para "Cardiff", ya que **NO PUEDE APROVECHARSE DE SU PROPIA NEGLIGENCIA PARA EXCUSARSE**

DE PAGAR LA INDEMNIZACIÓN, ni aún con lo señalado en la letra "e" del artículo 5º de las Condiciones Particulares de la póliza o en cualquier otra disposición contractual del mismo sentido y alcance contenidas en esas Condiciones o en las Condiciones Generales.

En resumen, es la negativa injustificada a indemnizar la que nos lleva a pedir el cumplimiento del contrato de seguros de que da cuenta la póliza colectiva de "Cardiff" N° 20601253.

III) En lo atingente a la prescripción:

III.1) Para fundar esta alegación, la aseguradora señala que a la fecha de notificación de la solicitud de designación de árbitro, esto es, el día 13 de junio de 2011, se habrían más que cumplido el plazo de 4 años que al efecto se contienen en los artículos 568 y 822, ambos del Código de Comercio, en relación al artículo 310 del Código de Procedimiento Civil.

III.2) A estas alturas de la discusión, se hace necesario efectuar la valoración jurídica de las partes de la póliza colectiva de "Cardiff" N° 20601253, ya que ello incide directamente en la prescripción que debe aplicarse en este proceso, como se explicará más adelante.

III.3) Son partes del aludido seguro colectivo:

- a) La aseguradora, esto es, la demandada "Cardif";
- b) El tomador del seguro, es decir, el Sr. Mariñan; y
- c) El beneficiario, el Banco acreedor hipotecario, Corpbanca.



III.4) Por ende, la demandante en estos autos, doña Albertina Cuevas Fernández, no fue parte de aquel contrato de seguro, **ni siquiera como beneficiaria del mismo.**

La circunstancia anterior debe relacionarse con el artículo 13 de las Condiciones Generales de la póliza de autos, que señala que "... cualquier dificultad entre el asegurado (el Sr. Mariñan) y la compañía ("Cardiff), ... será resuelta por un árbitro...".

III.5) De acuerdo a una interpretación armónica y lógica entre lo acordado contractualmente entre las partes del contrato de seguro, esto es el Sr. Mariñan y Cardiff, hace que las normas sobre la prescripción aplicables entre ellas es, indudablemente, las contenidas en el Código de Comercio.

Corrobora la circunstancia que la demandante no es parte del contrato de seguros, que no se le señala de manera alguna en el artículo 1 de las **Condiciones Particulares de la póliza.**

Por ende, como doña Albertina Cuevas Fernández no es ni fue parte del contrato de seguro, ni siquiera como beneficiaria. En efecto su interés en el presente juicio emana de las normas de herencia, normas civiles, por lo que a su respecto, no estamos frente a un acto de comercio, y por ende, las normas sobre prescripción que se le deben aplicar, son las señaladas en los artículo 2492 y siguientes del Código Civil, esto es, de 5 años.

Que, refuerza el razonamiento precedente, lo señalado por nuestra Jurisprudencia, en orden a que "para que opere la **prescripción** son exigencias, primero, la inactividad del acreedor, el cual deja de ejercer un derecho del cual es titular y segundo, que dicha inactividad se mantenga por el tiempo que la ley prescribe. De lo dicho resulta que la prescripción es una sanción para el acreedor que deja transcurrir el tiempo sin ejercer el derecho del cual era titular...". (Fallo Excma. Corte Suprema de fecha 24 de Julio de 2008, recaído en los autos rol 1249-2007, caratulado Varady-Szabo y otros con Caja de Previsión de la Defensa Nacional).

Nótese que se hace alusión a la inactividad del acreedor y, como hemos dicho, en el caso de autos aquel es el Banco Corpbanca, y como tal a su respeto estamos frente a un acto de comercio, pero no frente a mi representada.

Asimismo, debe notarse que la prescripción es, por su naturaleza propia, una institución sancionatoria y, por ende, su aplicación siempre debe ser restrictiva, favoreciendo siempre aquella interpretación que sea más favorable a quien se opone a su aplicación y, en este proceso, esa interpretación es que el plazo para computarlo debe ser el contenido en el Código Civil, esto es, el plazo de 5 años.

POR TANTO,

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

A US. RUEGO tener presente lo expuesto precedentemente para todos los efectos legales.

OTROSI: Solicito a SS.S. se sirva dictar la resolución que de curso progresivo a los autos."

El Tribunal, proveyendo a fs. 79 vta. Dejó la excepción de prescripción para DEFINITIVA y decretó autos para dictar el correspondiente auto de prueba.

A fs. 78 consta acta de conciliación que no prosperó.

En definitiva, después de haberse acogido una reposición, el Auto de Prueba quedó de la siguiente forma:

"Santiago, 19 de Abril del 2013.

Proveyendo la reposición de fs. 88 de la parte demandada. HA LUGAR A ELLA y en consecuencia el auto de prueba queda fijado de la manera siguiente:

"Se resuelve la causa a prueba por el término de 20 días hábiles, fijándose como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos sobre los cuales la prueba debe recaer, los siguientes":

"1º Efectividad de haberse celebrado entre don Juan Domingo Mariñan Tobar y la Compañía de Seguros Cardif Vida S.A., un contrato de seguro, correspondiente a la póliza colectiva N° 206601253, correspondiente a un seguro de desgravamen para créditos hipotecarios

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

CORPBANCA, regido por las condiciones registradas ante la Superintendencia de Valores y Seguros Generales POL 205035."

"2º Estipulaciones del o de los contratos suscritos por las partes."

"3º Efectividad de haberse rechazado el pago del siniestro por parte de la demandada, en atención a antecedentes médicos anteriores a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza."

"4º Efectividad de que el siniestro carece de cobertura por haberse ocultado información esencial al momento de contratar la póliza."

"5º Beneficiarios y condiciones particulares de la póliza colectiva N° 20601253."

"6º Existencia, naturaleza y monto de los supuestos perjuicios sufridos por la demandante, con motivo del incumplimiento de la demandada del contrato de seguro suscrito."

7º Hechos que fundamentan la excepción de prescripción opuesta por la demandada."

Se fija para la recepción de la testimonial si procediere, las audiencias de los dos últimos días del probatorio a las 15.00 horas y que se llevará a efecto en la oficina del árbitro, y que será tomada por un Receptor Judicial, a costa de la parte que presente los testigos."

La parte de la demandada presentó lista de testigos a fs. 93 y fs. 94. La actora presentó lista de testigos. El abogado de la acora a fs. 95 delegó

poder en la abogada Elsa de las Mercedes Rogel de la Roza, de mismo domicilio.

A fs. 97 declara solo con testigo de la demandante Laura del Carmen Tudela Blanco. A fs. 213 y siguientes se rindió la prueba de la parte demandada, con las declaraciones de los testigos María Osvaldo Francisco Darrigrandi; Marcela Alejandra Marchant Sepúlveda, a quien se le dedujo tacha de inhabilidad por la causal "contemplada en el art. 358 del Código de Procedimiento Civil" (sic) y el testigo Hernán Ramón Carrasco Sánchez.

A fs. 218 consta nuevo llamado a conciliación, que tampoco prospera.

A fs. 232 la demandada se desiste de la pericia solicitada a fs. 101 y 102 y siguientes.

A fs. 3 y siguientes la actora acompañó copia de las "condiciones generales del seguro de desgravamen" y la Póliza de Seguro de desgravamen para créditos hipotecarios Póliza N° 20601253, e informe de liquidación del siniestro; a fs. 14 acompañó la actora mandato especial.

A fs. 24 y 25 se acompañó por la demandada mandato judicial de ella a Ricardo Soteler Alondo; Eduardo Rodríguez Pérez y Paulina Rodríguez Barrientos; a fs. 83 la actora acompaña los siguientes documentos:

1.- Historia de don Juan Segundo Mariñán Tobar, emitido por el Hospital de las Fuerzas Armadas.

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

- 2.- Certificado de cobertura de seguro de desgravamen crédito hipotecario Corpbanca Póliza 100047.
- 3.- Póliza de seguro de desgravamen para créditos hipotecarios Corpbanca.
- 4.- Certificado de cobertura RSA Seguros a nombre del asegurado don Juan Domingo Mariñan Tobar.
- 5.- Informe médico emitido por el doctor Sr. Hernán Rebolledo Berrios de neurocirugía, de fecha 04/12/2006, respecto de don Juan Domingo Mariñan Tobar.
- 6.- Certificado emitido por el Jefe de Servicio de medicina, Doctor Guillermo Araneda Vidal, con fecha 20/04/2007, respecto de don Juan Domingo Mariñan Tobar.
- 7.- Informe de liquidación de siniestro número 253250.

El Tribunal lo tuvo por acompañados con citación y ordenó formar Cuaderno Separado.

La demandada los objetó a fs. 85 por falta de autenticidad e integridad.

A su vez, la parte demandada a fs. 101 acompañó los siguientes documentos:

- 1.- Formulario DESGRAVAMEN HIPOTECARIO, debidamente suscrito por Juan Domingo Mariñan Tobar.
- 2.- Informe de Liquidación de Siniestro de fecha 15 de diciembre de 2006.

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

- 3.- Carta de fecha 15 de noviembre de 2006.
- 4.- Comunicación de fecha 15 de noviembre de 2006.
- 5.- Respuesta a carta de apelación de fecha 11 de enero de 2007.
- 6.- Comunicación de Corp Banca Corredores de Seguros, de fecha 05 de Diciembre de 2006.
- 7.- Comunicación de fecha 28 de Septiembre de 2006, dirigida a Hospital Fuerzas Armadas.
- 8.- Denuncia Siniestro, 30 de Agosto de 2006.
- 9.- Evaluación Siniestro, de fecha 25 octubre de 2006.
- 10.- Ordinario 11215/72 emitido por Tomás Villalobos Vildosola, de fecha 20 octubre de 2006, del Director del hospital FFAA "Cirujano 1º Guzmán".
- 11.- Accidentes Cerebrovasculares Hemorrágicos, autores Oscar Jiménez Leighton y Paula Jiménez P.
- 12.- Póliza N° 20601253, con sus endosos 1/2006 y 1/2007.

El Tribunal los tuvo por acompañados con citación. Estos documentos no fueron objetados.

A fs. 234 vta. Se citó a las partes para oir sentencia.

CONSIDERANDO:

Primero: Que en estos autos la demanda ha sido interpuesta en contra de Compañía de Seguros Cardif Vida S.A., exigiendo el cumplimiento forzado del Contrato de Seguro celebrado con la actora el

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

dia 30 de marzo de 2006, correspondiente a la póliza colectiva N° 20601253.

Segundo: Que según se afirma en la demanda, con fecha 24 de julio de 2006 el Sr. Juan Domingo Mariñan Tobar, contratante de la póliza, falleció.

Tercero: Que señalan los actores que, luego de denunciar dicha circunstancia la aseguradora rechazó el pago del siniestro, en atención a antecedentes médicos anteriores a la fecha de incorporación a dicha póliza, y a lo dispuesto en el Condicionado General de la POL. 205035.

Cuarto: Que luego refuta las preexistencias, agregando que el banco con quien contrató un crédito hipotecario obligó a contratar dicho seguro, y que entre otros antecedentes al Sr. Mariñan no se le habría solicitado una declaración de salud.

Quinto: Que complementa señalando en la página 5 de su demanda que "... las declaraciones de pre existencias que efectúa al asegurado, en la cual de su puño y letra, bajo su propia firma y responsabilidad, constando mediante su firma...Estamos ciertos que el Sr. Mariñan Tobar nada declaró porque nada le exigió."

Sexto: Que en definitiva la actora solicita se dicte sentencia condenatoria en contra de la Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., debiendo dictarse que debe pagar al Banco Corp Banca, el saldo insoluto del crédito hipotecario desde la fecha de fallecimiento de

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

asegurado Mariñan Tobar, que asciende a un total de 1.016, 29 UF., tal cual fue lo pactado en la póliza de seguro de desgravamen N° 20601253, todo ello con costas.

Séptimo: Que la demandada Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., opuso primeramente la excepción de prescripción conforme a lo prevenido en los artículos 568 y 822 del Código de Comercio.

Octavo: Que expresa que en efecto, atendido lo dispuesto en los artículos 568 y 822 del Código de Comercio que señalan:

"Art. 568.- Las acciones resultantes del seguro terrestre, salvo el de transportes, prescriben por el transcurso de cuatro años. Si la prima fuere pagadera por cuotas en épocas fijas y periódicas, la acción para cobrar cada cuota prescribe en cuatro años, contados desde el momento en que sea exigible" y agrega que el art. 822 del Código de Comercio dispone:

"Art. 822 Las acciones que procedan de las obligaciones de que trata el presente Libro y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, durarán cuatro años.

Las prescripciones establecidas en este Código corren contra toda clase de personas."

Noveno: Que en autos al declarar su demanda el actor señala a fojas 55:

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

"Mediante carta enviada a la familia del asegurado de fecha 15 de noviembre de 2006, se rechazó la cobertura del siniestro "por condiciones de asegurabilidad" con fecha 11 de enero de 2007 apela de dicha decisión y el mismo dia 11 de enero de 2007 don Julio Herrera Vergara, Jefe de Beneficios, Compañía de Seguros Vida Cardif S.A., informa a don Elvis Pizarro Herniquez, Jefe del Departamento Siniestro, Corpbanca que se "se ha determinado mantener el rechazo del siniestro."

Décimo: Que en consecuencia el plazo de prescripción, comenzó una vez transcurrido el plazo establecido en el artículo 23 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguro que señala:

"Artículo 23.- Recpcionado el informe de un liquidador, la compañía y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, la impugnación de ésta será sólo facultad del asegurado.

Impugnado el informe de un liquidador, éste dispondrá de un plazo de cinco días para responder dicha impugnación."

Décimo Primero: Que aun cuando se entendiera que la "apelación" y su "rechazo", gestiones sin ningún valor legal, ambos de 11 de enero de 2007, fijan el inicio del cómputo de la prescripción, las acciones se encuentran prescritas, en atención a que la notificación válida de la

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

solicitud de arbitraje fue notificada con fecha 13 de junio de 2011, como consta en autos.

Décimo Segundo: Que en suma los 4 años de prescripción se encuentran absoluta y sobradamente cumplidos.

Décimo Tercero: Que en cuanto al fondo de la demanda expresa, que en lo que se refiere a las preexistencias:

Que los antecedentes médicos, que constan de la ficha clínica son claros en dar cuenta de las enfermedades preexistentes que padecía el actor y que justificaron el rechazo del siniestro, a mayor abundamiento el propio certificado de defunción da cuenta de que el deceso se produjo a consecuencia directa de sus enfermedades que padecía hace largos años antes de contratar la póliza.

Décimo Cuarto: Que la demandada agrega que el siniestro carece de cobertura, ya que se ocultó información esencial al contratar la póliza, debiendo aplicarse el artículo 5º de las condiciones generales de la Póliza 205035, en relación a la legislación especial sobre la materia como son el DFL 251 y Decreto Supremo N° 863 de 1989 sobre Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros, y distintas circulares emanadas de la Superintendencia de Valores y Seguros.

Décimo Quinto: Que por todo lo expuesto anteriormente, la demandada solicita el rechazo de la demanda en todas sus partes, con costas.

En cuanto a la tacha de inhabilidad

Décimo Sexto: Que a fs. 214 la actora formula tacha de inhabilidad en contra del testigo Marcela Alejandra Marchant Sepúlveda, en forma genérica ya que alude al art. 358 del Código de Procedimiento Civil, sin indicar el numeral que corresponde. En tal caso esa tacha deberá rechazarse por estar mal fundada. En todo caso la imparcialidad de la testigo no puede ser puesta en duda, en atención a que la legislación laboral protege suficientemente a los dependientes, de modo que pueden declarar en juicio sin que se afecte su imparcialidad.

En cuanto a la objeción de documentos

Décimo Séptimo: Que a fs. 85 la demandada objeta los documentos acompañados en los Nos. 5 y 6 del escrito de fs. 83 de la demandante, por ser documentos privados, y no ser posible apreciar su autenticidad e integridad. Sin embargo, dicha objeción, basado en los arts. 1702 y 1713 del Código Civil, habrá de ser rechazada ya que el demandado no indica con precisión ni fundamentos, en que consistiría la falta de autenticidad y de integridad.

En cuanto al fondo

Décimo Octavo: Que es materia pacífica entre las partes y no controvertida que la actora es cónyuge sobreviviente de don Juan Domingo Martín Mariñán Tobar.

Décimo Noveno: Que es igualmente no controvertido que el Sr. Juan Domingo Mariñán Tobar adquirió con crédito hipotecario un inmueble

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

ubicado en calle Enrique Lizardo Calvo N° 568 de Punta Arenas, mediante la intermediación de Corp Banca Corredores de Seguros S.A., incorporándose el Sr. Mariñan a la Póliza N° 20601253 con fecha 30 de Marzo del 2006, cuya cobertura corresponde a Desgravamen, emitida por la Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., según póliza 205035.

Vigésimo: Que es igualmente una materia no controvertida que se celebró un contrato de seguro, correspondiente a la póliza colectiva N° 20601253, correspondiente a un seguro de desgravamen para créditos hipotecarios, CORPBANCA, regido por las condiciones registradas ante la Superintendencia de Valores y Seguros Generales POL 205035.

Vigésimo Primero: Que igualmente no es controvertido, que a raíz de que falleciera con fecha 30 de Marzo del 2006 don Juan Domingo Mariñan Tobar, la cónyuge sobreviviente doña Albertina del Carmen Cuevas Fernández, recurrió ante la Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., requiriendo el pago del siniestro.

Vigésimo Segundo: Que igualmente no es controvertido que la Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., rechazó el pago del siniestro, fundándose que habían preexistencias no declaradas por el asegurado al momento de contratar el seguro, por lo que a su juicio según estos antecedentes médicos anteriores no declarados, se vulneró lo dispuesto en el condicionado general de la POL 205035, y lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

Vigésimo Tercero: Que la parte demandante en lo que a la preexistencia no declarada se refiere, en lo tocante a que el Sr. Mariñan tenía antecedentes médicos conocidos y diagnosticados de tuberculosis TBC desde el año 1998 no declarados, sostiene que ella ocurrió cuando tenía 13 años, y falleció a los 52 años, por lo cual tanto esa enfermedad, como la de hipertensión arterial (HJA) es una enfermedad crónica, de modo que carecía de relevancia que no fueran declaradas, máxime cuando al Sr. Mariñan no se le exigieran chequeos médicos.

Vigésimo Cuarto: Que en lo que a esta controversia se refiere, este tribunal estima que el asegurado Sr. Mariñan estaba obligado a declarar tales preexistencias, lo que no efectuó al momento de contratar el seguro.

Vigésimo Quinto: Que el asegurado omitió y ocultó información esencial al momento de contratar la póliza. En efecto, al momento de contratar con Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., el señor Mariñan declaró:

"... Que ha mi mejor conocimiento, información y entender, no padecer o haber sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades, alcoholismo, adicción a las drogas, diabetes, enfermedades al riñón, patologías congénitas, fiebre reumática, enfermedades cardiacas, enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis B, desórdenes nerviosos o mentales, infección VIH (SIDA) infarto al miocardio, enfermedades de

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

las coronarias que requieren cirugía, accidente vascular encefálico o insuficiencia renal crónica, además entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operara si la causa del fallecimiento o diagnóstico de la enfermedad, fuese preexistencia a la fecha de suscripción de esta propuesta. Asimismo autorizo a Cardif Compañía de Seguros de Vida S.A., a solicitar a cualquier Hospital, Clínica u otra Institución información sobre mi estado de salud o el estado de las personas propuestas para el seguro. Finalmente declaro que ninguno de los propuestos asegurados de esta solicitud ha sido rechazada por alguna Compañía Aseguradora de Vida durante los últimos 24 meses. En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad, mencionada o no en la declaración, favor de especificar a continuación (Diagnóstico, fecha diagnóstico/tratamiento, duración del tratamiento o consecuencias del mismo médico tratante/establecimiento)".

Vigésimo Sexto: Que asimismo las condiciones generales de la Póliza contratada (POL 205035) señalan:

"Declaraciones. Artículo N° 5: La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado en la solicitud de seguro, en sus documentos accesorios y/o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituye condición de validez de este contrato de seguro.

Cualquiera reticencia, declaración falta o inexacta relativa al estado de salud, ocupación, actividades y/o deportes riesgosos del asegurado, que pudiera influir en la apreciación del riesgo o de cualquiera circunstancia que, conocida por el asegurador, pudiera retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta al asegurador para demandar la nulidad de contrato, en cuyo caso se devolverá al asegurado o a sus herederos, el valor de las primas percibidas sin intereses y con deducción de los gastos originados por la emisión de la póliza, estimándose éstos en la primera prima anual, y sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 558 del Código de Comercio." (Destacado agregado)

Vigésimo Séptimo: Que a su vez, las condiciones particulares de la póliza reiteran la exclusión, en relación a las preexistencias al señalar: "La póliza no cubre Asegurados con enfermedades persistentes. Para efectos de esta póliza debe entenderse como enfermedades preexistente, aquella que ha sido diagnosticada por un médico profesional y/o ha estado en conocimiento del asegurado al momento de la entrada en vigencia de la cobertura."

Entonces no es efectivo lo que se señala en la demanda que el Sr. Mariñan nada firmó o desconocía las obligaciones que el contrato le imponía.

Vigésimo Octavo: Que sin embargo teniendo la oportunidad de hacerlo, el Sr. Mariñan no declaró sus enfermedades preexistentes, y sólo una vez que falleció, y al revisar su ficha clínica del Hospital de las FFAA Cirujano Guzmán, se constataron los diagnósticos previos de Tuberculosis TBC y HTA (Hipertensión arterial).

Vigésimo Noveno: Que el art. 557 del Código de Comercio, prescribe:

"Art. 557. El seguro se rescinde:

1º Por las declaraciones falsas o erróneas o por las reticencias del asegurado acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por el asegurador, pudieran retraerle de la celebración del contrato o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones."

Trigésimo: Que en el presente caso, no se cumplen los requisitos necesarios mínimos para imputar un incumplimiento contractual a la demandada quien al momento de rechazar el siniestro actuó conforme a las estipulaciones de la póliza, quedando así claro que al momento de producirse el siniestro esta carecía de cobertura.

Trigésimo Primero: Que lo expuesto en los considerando que anteceden, se encuentra corroborado por la declaraciones contestes de los testigos Sra. Elsa Rogel de la Roza, a fs. 213, Marcela Alejandra Marchant Sepúlveda, a fs. 214 y Hernán Ramón Carrasco Sánchez a fs. 216 y fs. 217.

Trigésimo Segundo: Que igualmente las consideraciones anteriores se encuentran corroboradas por la prueba instrumental rendida por la demandada, que no ha sido objetada, como ser: a) a fs. 100 Certificado de defunción del asegurado a fs. 100 en que figura dentro de las causas de muerte "accidente vascular hemorrágico de tronco y crisis hipertensiva/hipertensión arterial crónica", esta última de carácter "crónica" no declarada como preexistencia; b) formulario de desgravamen hipotecario suscrito por el Sr. Mariñan a fs. 103 a fs. 106; c) Informe de Liquidación de Siniestro de 15 Diciembre 2006 a fs. 107 a fs. 110; d) Comunicación de rechazo de 15 Noviembre 2006; e) Respuesta a apelación a fs. 112; f) Comunicación de Corp Banca Seguros a fs. 113; g) Comunicación de 28 Septiembre 2006 designada al Hospital de las Fuerzas Armadas, a fs. 115; h) Denuncia siniestro a fs. 117 y fs. 118; i) Evaluación siniestro a fs. 119; j) Ordinario Director Hospital FFAA Cirujano 1º Guzmán a fs. 120; k) Historial Clínico Sr. Mariñan de fs. 121 a fs. 182; l) Póliza 20601253 con sus endosos a fs. 183 a fa. 194; ll) Sobre accidente cerebro vasculares de Dr. Oscar Jimenez y Paula Jimenez a fs. 195 y a fs. 210.

Trigésimo Tercero: Que las conclusiones contenidas en los considerandos precedentes, no han sido desvirtuadas por la prueba testimonial de la actora, consistente en un solo testigo Laura del Carmen Tudela Blanco que declara a fs. 97; ni tampoco por la prueba

instrumental rendida por la actora, con los documentos acompañados a fs. 83, de los cuales se formó cuaderno separado y que se refieren:

- a) Historia clínica del asegurado;
- b) Certificado de póliza y coberturas;
- c) Informe del Sr. Hernán Rebolledo;
- d) Certificado del Sr. Guillermo Araneda y
- e) Informe liquidación del siniestro.

Trigésimo Cuarto: Que el Tribunal haciendo uso de la facultad que le otorga el art. 425 del Código Civil, le da mayor mérito a la prueba rendida por la demandada, por considerar que se conforma más a la verdad y al mérito de autos, por lo cual la demanda de autos habrá de ser rechazada.

Trigésimo Quinto: Que a mayor abundamiento, la demanda en ningún caso podría haber sido acogida ya que la eventual responsabilidad de la demandada se encuentra prescrita.

Trigésimo Sexto: Que en efecto la demandada opuso excepción de prescripción a fs. 59, que el tribunal dejó para definitiva, y que debe ser acogida por las siguientes razones, que se indican más adelante.

Trigésimo Séptimo: Que en efecto, la eventual responsabilidad de la demandada, emanada del contrato de seguro, se encuentra prescrita, atendido lo dispuesto en los artículo 568 y 822 del Código de Comercio que señalan:

"Art. 568.- Las acciones resultantes del seguro terrestre, salvo el de transportes, prescriben por el transcurso de cuatro años. Si la prima fuere pagadera por cuotas en épocas fijas y periódicas, la acción para cobrar cada cuota prescribe en cuatro años, contados desde el momento en que sea exigible."

"Art. 822.- Las acciones que procedan de las obligaciones de que trata el presente Libro y que no tengan señalado un plazo especial de prescripción, durarán cuatro años.

Las prescripciones establecidas en este Código corren contra toda clase de personas."

Trigésimo Octavo: Que en autos al aclarar su demanda el actor señala a fojas 55:

"Mediante carta enviada a la familia del asegurado de fecha 15 de noviembre de 2006, se rechazó la cobertura del siniestro "por condiciones de asegurabilidad" con fecha 11 de enero de 2007 apela de dicha decisión y el mismo dia 11 de enero de 2007 don Julio Herrera Vergara, Jefe de Beneficios, Compañía de Seguros Vida Cardif S.A., informa a don Elvis Pizarro Henriquez, Jefe del Departamento Siniestro Corpbanca que se "se ha determinado mantener el rechazo del siniestro."

Trigésimo Noveno: Que en consecuencias, el plazo de prescripción, comenzó una vez transcurrido el plazo establecido en el artículo 23 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguro que señala:

"Artículo 23.- Recpcionado el informe de un liquidador, la compañía y el asegurado dispondrán de un plazo de 10 días para impugnarlo. En caso que la liquidación sea practicada directamente por el asegurador, la impugnación de ésta será sólo facultad del asegurado.

Impugnado el informe de un liquidador, éste dispondrá de un plazo de cinco días para responder dicha impugnación."

Cuadragésimo: Que aun cuando entendiéramos que la "apelación" y su "rechazo", gestiones ambas de 11 de enero de 2007, fijan el inicio del cómputo de la prescripción, las acciones se encuentran prescritas, en atención a que la notificación válida de la solicitud de arbitraje fue notificada con fecha 13 de junio de 2011, como consta en autos, por lo cual los cuatro años de prescripción se encuentran absolutamente y sobradamente cumplidos, y así lo entiende el tribunal, y lo declarará acogiendo la excepción de prescripción, no siendo aplicables al respecto los preceptos de los arts. 2492 y siguientes del Código Civil que se refieren a la prescripción de 5 años, ya que en el caso sub lite, firman las normas especiales de los artículo 568 y 582 del Código de Comercio.

Cuadragésimo Primero: Que en lo que a costas se refiere, el tribunal estima que la actora ha tenido motivos plausibles para litigar, de modo

que no la condenará en costas, debiendo cada parte pagar sus costas y las comunes por mitad.

Cuadragésimo segundo: Que ambas partes han opuesto en sus diferentes escritos, numerosas alegaciones y esgrimido argumentos, abundando en razones que abonarian sus respectivas pretensiones. El Tribunal no está obligado en su fallo a referirse a todas y cada una de ellas, sino respecto de aquella que se estimen por el sentenciador como relevantes y atinentes y directamente relacionadas con las acciones y excepciones opuestas. Sin perjuicio de lo anterior tales alegaciones han sido estudiadas con detenimiento, de modo que al no referirse a ellos, esta sentencia no incurre en omisiones, ya que se ha dado cuidadoso cumplimiento a las formas sobre dictación de fallos y TENIENDO ADEMÁS PRESENTE: lo dispuesto en los arts. 254, 262, 303, 309 310, 318, 327, 341, 345, 357, 358, 384, 399 y 170 del Código de Procedimiento Civil, art. 628, 632 y siguientes del mismo cuerpo de leyes y arts. 568 y 822 del Código de Comercio; D.F.L. 251, arts. 1702 y 1713 del Código Civil,

RESUELVO:

Primero: Que en cuanto a la objeción de documentos, formulada a fs. 85 por la demandada, respecto de los documentos acompañados en los Nos 5 y 6 del escrito de fs. 83 de la actora y se rechaza atendido los

AUTOS ARBITRALES "CUEVAS CON COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA
CARDIFF S.A."

fundamentos expuesto en el Considerando Décimo Séptimo de este fallo.

Segundo: Que en cuanto a la tacha inhabilidad deducida por la actora en contra del testigo Marcela Alejandra Marchant Sepúlveda a fs. 214, se rechaza, atendida las razones expuestas en el Considerando Décimo Sexto de esta sentencia.

Tercero: Que no ha lugar en todas sus partes, a la demanda interpuesta por doña Albertina del Carmen Cuevas Fernández, en contra de Compañía de Seguros de Vida Cardif S.A., atendido lo razonado en los considerandos Vigésimo Tercero a Cuadragésimo de este fallo.

Cuarto: Que en cuanto a las costas, cada parte pagará las suyas y las comunes por mitades, ya que a juicio del Tribunal, doña Albertina del Carmen Cuevas Fernández, tuvo motivos plausibles para litigar.

Notifíquese a las partes por cédula sentencia dictada por el Juez Arbitro de Derecho don José Fernández Richard.

José Fernández Richard
Juez Arbitro de Derecho

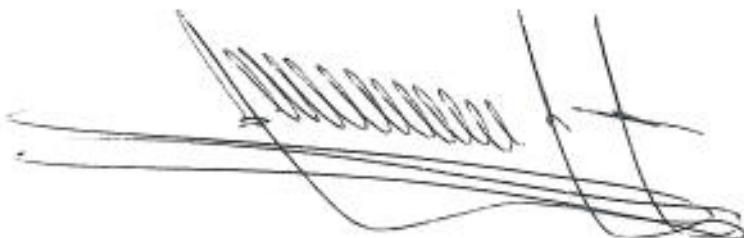
Mindy del Villar Simón
Secretaria Titular 6º Juzgado Civil Santiago
Actuaria

JUZGADO DE COMPROMISO
CUEVAS - CIA DE SEGUROS

Trescientos setenta y nueve fs.379

EN SANTIAGO, a ocho de enero de dos mil catorce, siendo las 13:35 horas, en calle **NUEVA YORK N°57, OFICINA 503, COMUNA DE SANTIAGO**, notifiqué por cédula, a don **LUIS ALBERTO DIAZ CONUECAR** y a doña **ELSA MERCEDES ROJEL DE LA ROZA**, la sentencia de fs.235 a fs.378, cuyas copias integras debidamente cotejadas y autorizadas entregué a un varón adulto de ese domicilio quien se identificó como Iván Reyes, quien se excusó de firmar.-

DERECHOS y GASTOS \$



CONFORME CON SU ORIGINAL ✓