

Causa Rol : 460-2016-C
Materia : Juicio Ordinario por incumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios
Demandante : López Vallejos Juana Emelina
Rut : 11.200.703-2
Demandado 1 : Banco del Estado de Chile
Rut : 97.030.000-7
Demandado 2 : Metlife Chile Seguros de Vida S.A.
Rut : 99.289.000-2
Fecha de Ingreso : 21 de julio de 2016
Cit. a oír Sentencia : 4 de octubre de 2017

—
Parral, dieciocho de enero de dos mil dieciocho.

VISTO.

1º Partes del juicio. Que son parte en este Juicio Ordinario Rol 460-2016-C, del Juzgado de Letras de Parral, doña Juana Emelina López Vallejos, jubilada, domiciliada en Villa Portal Alameda, Pasaje Uno, casa N°118, de la comuna de Parral, como demandante; Banco del Estado de Chile, persona jurídica del giro de su denominación, representado legalmente por doña Jessica López Saffie, ambos domiciliados en Avenida Libertador Bernardo O'Higgins N°1111, Santiago, Región Metropolitana; y Metlife Chile Seguros de Vida S.A., persona jurídica del giro de su denominación, representado legalmente por don Andrés Fernando Merino Cangas, ambos domiciliados en Agustinas N°640, Santiago, Región Metropolitana, como demandados.

2º De la demanda y sus pretensiones. Con fecha 21 de julio de 2016 comparece el abogado Robert Gunter Fletcher Alba, en representación de doña Juana Emelina López Vallejos, ya individualizada, señalando:

Que en su calidad de mandatario y abogado de la demandante y parte perjudicada contractualmente, interpone demanda civil de Incumplimiento de Contrato de Seguros, con indemnización de perjuicios, por los daños causados a su representada, en contra de METLIFE SEGUROS S.A. o METLIFE CHILE S.A, y en contra de BANCO DEL ESTADO DE CHILE o BANCOESTADO, por su responsabilidad contractual, en contra de su representada, que le cabe en conformidad a los antecedentes de hecho y de derecho que expone:

Respecto a los Antecedentes del Contrato de Seguros, indica que el día 13 de mayo del año 2008, se celebró en la ciudad de Parral, el "CONTRATO DE SEGURO", entre, doña Juana Emelina López Vallejos, en su calidad de asegurada y beneficiaria y el Banco Estado. Dicho contrato se había gestado como una forma de cobertura a los riesgos que la cliente del Banco Estado, Sra. Juana López Vallejos,



presentara respecto del Contrato de Préstamo de Consumo, Operación # 00004845307, por un plazo de 36 cuotas, que incorporaba asociado a un SEGURO DE DESGRAVAMEN e INVALIDEZ como se desprende de la sola lectura del contrato, el cual se mantuvo vigente desde 13 de mayo de 2008 al 07 de julio de 2011. Dicho contrato, corresponde a la Póliza n 490000103, Seguro denominado SEGURO DE DESGRAVAMEN E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE 2/3, cuyas Condiciones Generales se encuentran incorporadas al depósito de Pólizas de este servicio bajo los códigos POL 22 88 013 y CAD 2 97 002, de la COMPAÑÍA DE SEGUROS METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.

Agrega que la Beneficiaria, Sra. Juana López Vallejos, durante el curso del presente contrato de Seguro, empezó a desarrollar una enfermedad, de carácter Psiquiátrica, denominada Trastorno Afectivo Bipolar, enfermedad que produjo una disminución de la capacidad laboral en un 70%, que fue decretada por Dictamen N°007.0747/2011 decretó su Invalidez de un 70% desde el 1/08/2011. Que asimismo, y según lo expresa el Artículo 532 de la Ley n° 20.667 de 9 de mayo de 2013 y que expresa: *"Época de siniestro. Si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños. Pero si principiare antes y continuare después que los riesgos hubieren comenzado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable del siniestro.-"*. De lo anterior, se desprende: a).- El Seguro, cubre como contrato todos los riesgos que señala la póliza, incluidos los de Desgravamen y de Invalidez, en particular ; b).- Que la enfermedad comenzó a producirse, dentro del curso del Contrato, y se declara al termino del mismo c).- Que conforme a la disposición, los riesgos producidos dentro de la vigencia del contrato de seguro, son de cargo del asegurador, *"Si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador responderá del importe íntegro de los daños "*.

Por lo anterior, dicho Contrato de Seguro, estaría absolutamente vigente al momento de producirse los riesgos, y a la fecha no se ha pagado el precio de indemnización, correspondiente a la invalidez, que su representada resultó desarrollar como enfermedad, y que habiendo sido llevado el caso a la SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS, no se logró el objetivo en sede administrativa, conforme lo expresa el OFORD n° 8526, de 7 de abril de 2016, que expresa *"sobre el particular, cabe señalar controversias sobre interpretación y aplicación de las disposiciones contractuales, o sobre los aspectos de hecho que determinan la cobertura, por lo que no es posible determinar de manera vinculante entre las partes la fecha u oportunidad en que se verificó el siniestro de invalidez o la oportunidad de la denuncia de siniestro, conforme las estipulaciones de la póliza. La resolución de controversias respecto de la ejecución del contrato, y por lo tanto, la determinación sobre la indemnización reclamada, compete al juez o árbitro que resulte competente conforme a las*



disposiciones del seguro o la ley, según fuera informado mediante Oficio Ord.17368 de 1113.08.2015".

Sobre la inexistencia de información esencial para hacer valer sus derechos como asegurada y/o beneficiaria, indica que su representada, nunca fue notificada de la entrega de información alguna relacionada al contrato de seguro que firmó en la ciudad de Parral con fecha 13.05.08, en dependencias del Banco Estado de Parral.

Esta información es esencial o principal, para efectos de tomar una decisión como contratante y beneficiario de dicho seguro. Por ello no podemos entender, cómo el Banco Estado, teniendo en consideración un sin número de documentación que la Cliente, le ofreció, antes de reclamar o hacer efectivo su derecho al seguro, no tuvo en consideración, la falta de información de que carecía la cliente, y que la dejaba en una posición más débil frente al banco y la empresa de seguros.

La Cliente o Beneficiaria, no tuvo acceso a la información de su seguro, sino con mucho tiempo después de su suscripción y principalmente cuando ya había desarrollado la enfermedad y con las consecuencias de incumplimiento en las obligaciones con el Banco Estado.

El Banco Estado, estaba poniendo sobre su Cliente, una obligación de mayor jerarquía, cual es la de que la Cliente, tuviere copia de la información y dominara todo el complejo lenguaje que contenía el contrato de SEGURO.

Esta falta de información, como también de comprensión del contrato de seguro, hizo que al presentarse el Riesgo, inherente a hacerse efectivo el SEGURO, la Cliente, no haya podido discernir suficientemente, respecto a elementos esenciales, como lo son: el plazo, y la forma de hacerlo valer en el mercado de los Seguros. Esta privación de información y documentación le jugaron en contra a la Cliente del Banco y por tanto, a favor del Banco que estaba en la obligación de pagar una indemnización por que se configuraba un riesgo, que hacía efectivo la aplicación del seguro. Así también, de ese desconocimiento, se beneficia la Compañía De Seguros Metlife Chile S.A., ya que no pagaría a nombre del Banco Estado, la indemnización a que estaba obligada.

En suma, la falta de conocimiento, y de documentación, gatilló que la Cliente actuara de manera errática, pero de Buena Fe, en la aplicación del Contrato de Seguro, rompiéndose el Principio de Igualdad Contractual. Una parte se benefició y la otra se perjudicó.

Indica que tanto el Bancoestado, como la compañía de seguros insisten en que la cliente actuó fuera de plazo. Si bien la Cliente, actuó reclamando su derecho, éste se hizo teniendo buena fe contractual, y explicitando, que su estado psicológico por el cual reclama la aplicación del seguro, es anterior a la expiración o caducidad del plazo (7/7/2011), ya que su enfermedad, termina con un Dictamen del Compin, con fecha 1/08/2011, esto es casi coetáneo con la Declaración De Invalidez, que expresara la Comisión Médica de Talca, que expresa que su invalidez es un 70% (mayor de dos tercios).



Señala que si se analiza bien, las enfermedades son ciclos perniciosos, que tienen su origen en un pasado y provocan efectos en la etapa actual, esto quiere decir que la enfermedad existía de manera latente, pero se manifestó con posterioridad, y conlleva a establecer que las personas que son declaradas inválidas, es porque antes estuvieron enfermas, y por ello al caso sublite, podemos establecer que la Demandante, se enfermó durante la vigencia del seguro, y su constatación oficial se confirma al mes de que el SEGURO, cesa o deja de producir efectos entre las partes, cuestión que es una interpretación restringida y minimalista, toda vez que el Contrato de Seguro, debe cubrir el espacio de tiempo que el cliente tiene para efectuar el denuncia que corresponde a 240 días notificando a la compañía. Lo anterior, sí el cliente hubiere tenido la información esencial en tiempo y forma, ya que de esta manera existe un perjuicio ya que el Cliente, nunca pudo saber a ciencia cierta cuando operaba el contrato de seguro. En la presente causa hay una desproporción manifiesta en los derechos de las partes, y es por ello que somete al imperio del Derecho la decisión del caso contradictorio.

Agrega que por otra parte, existe documentación médica de la Comisión De Medicina Preventiva E Invalidez, de la SEREMI de Salud de la Región del Maule, que establece con fecha 9 de Marzo de 2009, que doña Juana Emelina López Vallejos, tiene a esa fecha una "EVALUACIÓN POR SALUD IRECUPERABLE", conforme lo señala dicho documento en los siguientes términos: *"La evaluación de los antecedentes médicos y administrativos efectuadas por esta COMPIN, consignando que el mencionado funcionario(a), tiene un menoscabo en su salud por el (los) diagnóstico(s) : TRASTORNO BIPOLA -TRASTORNO DE PERSONALIDAD TIPO BORDERLINE.*

Que la(s) afección(es) individualizada(s) comprometen(n) significativamente su desempeño laboral en forma permanente e irreversible.

SE RESUELVE:

Que Doña Juana Emelina López Vallejos, adolece de un estado de salud irrecuperable, lo que se deja establecido que no tiene derecho de licencia Médica a contar de la fecha independiente de su proceso de jubilación"

La información, que se ha proporcionado, nos lleva a pensar entonces que existe fundamento con este nuevo documento para sostener que existe una declaración anterior a la caducidad del Seguro y más aún dentro del período de vigencia del mismo, que señala expresamente una decisión del COMPIN TALCA (9/3/2009) que la Demandante, si estaba enferma con declaración de invalidez, y que es oponible al caso sublite.

Respecto a los DAÑOS, indica que los daños sufridos, se avalúan en la suma de \$800.000.000 (ochocientos millones de pesos), de la siguiente manera: sólo serán por concepto de Daño Moral, esto es el causado por las Demandadas, quienes injustamente le causaron daños y/o perjuicios irreparables a su salud síquica, al verse expuesta la Demandante a Juicios Ejecutivos y procedimientos de cobros, que si hubiesen acogido su Declaración de Invalidez, no se hubiere generado esta aciaga situación, lo cual le ha



provocado trastorno psicológico y molestias con consecuencias físicas, que se han causado a la Demandante y a su núcleo familiar, entre ellos su Marido don José Eduvino Yáñez Agurto , quien se encontraba aquejado al momento de la ejecución del presente contrato reclamado, de un Cáncer " *mieloma múltiple óseo, cáncer terminal*", el cual con todo esta situación de crisis patrimonial perjudicó su progreso médico y es más lo desestabilizó emocionalmente, con las consecuencias a su recuperación de una enfermedad tan grave como lo es el cáncer, hecho el cual valoramos en la suma de \$800.000.000.- Asimismo, y atendido el cuadro clínico que tenía su representada, y atendido a su grave desorden emocional contrató prestamos de dinero con particulares, para pagar la deuda que se generó por el no pago de las cuotas pactadas al Banco Estado, atendido a que no podía trabajar por su estado de salud mental, fue demandada por estos prestamistas, que terminaron rematando gran parte de sus bienes y causando perjuicio patrimonial, producto de que el Banco Estado, no tomó en consideración su deteriorado estado de salud mental, y siguió cobrando la deuda, que se hubiere mediado buena fe, el Banco Estado, hubiere hecho efectivo el seguro de invalidez que beneficiaba a la Demandante de autos, la cual nunca fue bien asesorada ni por el corredor de seguros, ni menos por la empresa aseguradora, la cual le ha negado sistemáticamente y de todas las formas su derecho a ser indemnizada por invalidez.

Agrega que es por ello que la presente Demanda, pretende hacer justicia por todo el daño y oprobio que los Demandados le han causado la Demandante y que está acreditado por los documentos que se acompañaran en el presente juicio como doctrina y jurisprudencia

Los requisitos que el artículo 1489 en relación al Art. 1871 y siguientes del Código Civil y las normas pertinentes del Contrato de Seguro establecidas en el Art.512 y siguientes del Código de Comercio, exigen para que proceda la acción resolutoria tácita, son, de acuerdo con la doctrina y jurisprudencia:

- a).- que se trate de un contrato bilateral;
- b). que haya incumplimiento imputable de una obligación; y
- c).- que quien la pide, haya cumplido o esté llano a cumplir su propia obligación, debiendo el solicitante demostrar en el procedimiento esas exigencias, carga que, de acuerdo a la ponderación realizada por los jueces de la instancia -conforme a los elementos de juicio aportados al proceso-, fue satisfecha por las demandantes, razón por la cual resultó procedente acoger su pretensión.

Doctrinariamente, estando en presencia de un incumplimiento de una obligación esencial del contrato, el mero incumplimiento da lugar a la condición resolutoria tácita.

La doctrina francesa es conteste en este punto desde el siglo pasado. Citando a Capitant. En Chile, en la misma línea, por todos, ALCALDE SILVA, señala que el artículo 1467 se refiere al motivo determinante de la voluntad contractual, a su razón impulsante, en suma, al propósito perseguido por las partes al celebrar el negocio. Añade el autor que la expresión "*motivos*" empleada por el legislador debe entenderse como



aquello que mueve o tiene eficacia o virtud de mover; o bien la razón que mueve para algo, lo que extrapolado al contrato designaría a la finalidad última que las partes quieren alcanzar o satisfacer con el contrato. (Alcalde Silva, Jaime, *La causa de la relación obligatoria*, en Guzmán Brito, Alejandro (editor), Estudios de Derecho civil III (Santiago, 2008) pp. 368-369).

Como explica el profesor FUEYO: *"En verdad es y debe ser el sentido genuino de una norma legal destinada a proteger el cumplimiento de aquella parte que cumple para exigir de la otra lo mismo, resolviéndose el contrato si ese fin principal no pudiere conseguirse."* (Cumplimiento e Incumplimiento de las Obligaciones, edición actualizada por don Gonzalo Figueroa Yáñez, Ed. Jurídica de Chile, pág. 299). Citando a otros autores.

Respecto a la jurisprudencia mayoritaria, hace años que se recoge la denominada "noción realista de contrato" al atender a la finalidad o propósito de las partes al contratar, al definir los efectos del incumplimiento.

Por ende, a juicio de la demandante, se cumplen todos los aspectos propios de la existencia de la condición resolutoria tácita, conforme los ha exigido la jurisprudencia, por lo que a la demandada le competiría alegar, para poder justificarse y evadir el cumplimiento de dicha condición, la existencia de los siguientes hechos:

1º.- que en autos hará constar la vinculación contractual habida entre los litigantes,

2º.- que ello amerita la aplicación de la figura contemplada en el artículo 1489 del Código Civil, permitiendo a la demandada esgrimir las defensas que el instituto de la condición resolutoria tácita cumplida hace procedentes;

3º.- que, en todo caso, se hace necesario que la demandada, a tal efecto, respecto de un eventual e inexistente incumplimiento que le atribuye, a efectos de ser constituida en mora;

4º.- que las obligaciones comprometidas en la compensación alegada por la demandada hubieran existido, correspondiendo el peso de la prueba de tal obligación a la demandada. A su vez, que las mismas sean exigibles a la época en que aquélla operó de pleno derecho.

De no ser así, bastaría a la demandante acreditar que el presente se trataría de un contrato bilateral, que hubo incumplimiento imputable de una obligación; y que quien la pide, haya cumplido o esté llano a cumplir su propia obligación, situación que desde ya se anticipa esta parte podrá acreditar con facilidad.

Previas citas legales solicita en definitiva, tener por interpuesta demanda en juicio de Incumplimiento de contrato de Seguro, con indemnización de perjuicios, en contra de METLIFE SEGUROS S.A. o METLIFE CHILE S.A y contra BANCOESTADO o BANCO DEL ESTADO DE CHILE, ya individualizados en autos, acogerla a tramitación, y condenarlos en definitiva a pagar la suma de OCHOCIENTOS MILLONES DE PESOS.- (\$800.000.000), más intereses y reajustes, declarando que se le



condena al pago de dicha suma, o la que SS. Determine conforme el mérito del proceso, todo ello con costas.

3º Emplazamiento. Con fecha 7 de septiembre de 2016, consta notificación mediante exhorto, estampado receptorial de notificación personal a ambos demandados.

4º Contestación de la demanda por parte del demandado Banco del Estado. Con fecha 16 de mayo de 2017, el demandado Banco del Estado de Chile, representado judicialmente por el abogado Eduardo Peñafiel Peña, domiciliado para estos efectos en calle Balmaceda N°352, de Parral, contesta la demanda, señalando:

Que solicita su total rechazo, por carecer de todo fundamento de hecho y derecho conforme expone:

Respecto a la Negativa General, niega y controvierte todos y cada uno de los hechos expuestos en la demanda, salvo los que expresamente reconoce.

Sobre los Hechos fundantes de la demanda, indica que la demandante sostiene haber suscrito el 13 de mayo de 2008, un contrato de seguro, asociado a un crédito de consumo, contratado por un plazo de 36 meses. El seguro incorporaba cobertura de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3. Refiere en su libelo que la vigencia del contrato de seguro era hasta el día 07 de julio del año 2011.

Plantea que con fecha 18 de agosto de 2011, se emite en su favor Dictamen de invalidez N° 0007.0747/2011, y que en virtud el mismo, formuló denuncia de siniestro el día 19 de noviembre de 2014, solicitando la operatoria del seguro.

Hace presente que el seguro en definitiva no operó por causa imputable a su representada y que ello le causó los daños que describe para terminar solicitando se condene al Banco del Estado de Chile a la indemnización por daño moral que refiere.

Respecto a los Antecedentes Generales de la Operación de Crédito de Dinero y del Contrato de Seguro, señala que el día 13 de mayo de 2008, su parte dio en préstamo a la actora la suma de \$2.664.912, en la ciudad y comuna de Parral, el cual era pagadero en 36 cuotas mensuales, debiendo pagarse la primera el 05 de agosto de 2008 y la última de ellas el 05 de julio de 2011. La operación tuvo el número 00004845307. El crédito tenía una tasa fija de interés del 1,79% mensual y el valor de cada cuota era \$104.689 las primeras 35 y la última por un monto de \$104.696.

Agrega que conjuntamente, la demandante suscribió un contrato de seguro con cobertura de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3, el cual fue intermediado por Banco Estado Corredores de Seguros S.A. y el riesgo fue cubierto por la Compañía de Seguros MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

Las principales estipulaciones contenidas en la solicitud única de contratación, mandato y propuesta de seguro "Crédito Consumo Protegido", suscrito por la hoy demandante el día 14 de mayo de 2008 son las siguientes:

- I. Cobertura Principal Invalidez Total y Permanente (ITP 2/3)
 - > S.V.S. POL 2 88 013 y CAD 2 97 002.
 - > Compañía Aseguradora: MetLife Chile Seguros de Vida S.A.



- > Materia Asegurada: Integridad física del asegurado.
- > Suma Asegurada: Saldo insoluto de la deuda.
- > Deducible: No tiene
- > Carencia: No tiene
- > Beneficios del Seguro: En caso de invalidez total y permanente (ITP 2/3), que provoque pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de las fuerzas físicas o intelectuales de, al menos, dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, la Compañía aseguradora pagará el saldo insoluto del crédito.

II. Invalidez total y permanente 2/3: Es la pérdida irreversible y definitiva a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las "Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones regulado por el D.L. 3500 de 1980.

III. Vigencia de la póliza: La póliza tendrá vigencia de dos años desde las 00:00 horas del 01/01/2007 y hasta las 24:00 horas del 31/12/2008 y se renovará automáticamente por un nuevo período si el Contratante quiere seguir otorgando este beneficio a sus clientes. Sin embargo cualquiera de las partes podrá poner término anticipado a la póliza, dando aviso por escrito con 60 (sesenta) días de anticipación.

IV. ¿Qué debe hacer en caso de siniestro? El interesado deberá informar a la Sucursal de Banco Estado más cercana o, en su defecto, a Banco Estado Corredores de Seguros (Moneda 1140, piso 2, Santiago, Fono Seguro: 6006601212), para lo cual deberá completar y suscribir el Formulario de Denuncio de Siniestro correspondiente (puede solicitarlo al Banco o al Corredor), adjuntar una copia (o fotocopia) de la respectiva Solicitud de Contratación y Propuesta de Seguro y presentar, a lo menos, los documentos que se mencionan a continuación:

Invalidez Total y Permanente (ITP 2/3)

1. Dictamen de invalidez de COMPIN o Superintendencia de AFP, que señale diagnóstico y % de incapacidad.

1. Certificado de nacimiento o fotocopia de cédula de identidad, por ambos lados.

2. Copia de parte policial o de los antecedentes judiciales que demuestren que la invalidez se produjo por accidente.

3. Certificado del saldo insoluto de la deuda, proporcionado por el Banco.

V. Plazos para denunciar el siniestro: En caso de siniestro, el Asegurado, cualquier familiar directo o beneficiario, según corresponda, deberá dar aviso inmediato de este hecho al Banco o al Corredor, acompañando los antecedentes que se indican en este instrumento. Con respecto a lo anterior, los plazos máximos para denunciar un siniestro son los siguientes:

Coberturas de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3: 240 días corridos desde la fecha de ocurrencia del respectivo siniestro.



VI. Beneficiario: para todas las coberturas será el beneficiario de carácter irrevocable el Banco del Estado de Chile.

Finalmente, en el instrumento en referencia se consigna de modo claro y expreso el siguiente párrafo final: He leído y conozco íntegramente el contenido de la propuesta, cuya copia recibo en este mismo acto. Dejo constancia que he obtenido del Corredor asesoría respecto a la naturaleza y alcance de las mencionadas coberturas y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratarlas por su intermedio. Bajo este párrafo se encuentra la firma de la hoy demandante.

Respecto a Alegaciones, Defensas y Excepciones, comienza exponiendo sobre la *Inexistencia del juicio propuesto por la actora*, indicando lo siguiente:

A) La demandante funda en derecho su libelo en el artículo 1489 del Código Civil, citándolo.

B) Conforme doctrina y jurisprudencia asentada, el contratante cumplidor, al amparo de la norma transcrita, tiene el derecho a demandar el cumplimiento de contrato o la resolución de contrato y en uno u otro caso adicionar a tal petición, la indemnización de perjuicios.

C) No existe en nuestro derecho a partir de la norma de la referencia una demanda de incumplimiento de contrato. El incumplimiento como lo señalamos es un requisito o presupuesto de la pretensión en orden a requerir el cumplimiento del contrato o su resolución.

D) En apoyo de lo precedentemente señalado cita doctrina.

E) En síntesis, el art. 1489 del C.C., dispone en forma clara que "Podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato...". Se trata por lo tanto de un derecho potestativo o de configuración jurídica. La elección corresponde al contratante que alega el incumplimiento del otro. No existe en nuestro derecho a partir de la norma en referencia una demanda de incumplimiento. En la especie estamos frente a una creación legislativa de la contraria, que no tiene sustento jurídico alguno. Si la pretensión se hubiese ajustado a derecho, debió plantearse alguno de los remedios que el ordenamiento jurídico vigente proporciona al contratante insatisfecho, dentro de las cuales no está el mecanismo utilizado por la Sra. López.

F) En el proceso civil para conceder la tutela jurisdiccional impetrada a través del ejercicio del derecho de acción se deben reunir tres exigencias:

- > Que exista una causa de pedir,
- > Que concurra la legitimación, y
- > Que exista la posibilidad de otorgar el petitum de la acción deducida. Cita fallo de 02 de octubre de 2013, de la Excm. Corte Suprema en autos Rol 8607-2012, considerando décimo tercero.

G) Para quienes plantean que la causa de pedir está conformada por los elementos fácticos e integrada además por un componente jurídico, los Tribunales no pueden alterar la causa a pretexto de aplicar el derecho. Como lo ha expuesto la I. Corte de



Apelaciones de Valparaíso en sentencia de 2 de octubre de 2000, publicada en RDJ, tomo XCVII, secc. 2, pág. 95 , que cita. Agrega que en este caso, no es posible que frente la causa de pedir, planteada por la actora, pueda el Tribunal acceder al libelo, entendiendo que lo pedido era cumplimiento de contrato. La obligación de precisar la causa de pedir está regulada dentro de las exigencias formales de toda demanda. Sobre el particular, el Código de Procedimiento Civil dispone que la demanda debe contener: *"La exposición clara de los hechos y de los fundamentos de derecho en que se apoya"* art. 254 N°4 del C.P.C.

H) La accionabilidad dice relación con la posibilidad que tienen los tribunales de conceder la protección jurídica que solicita el actor.

Esta tercera exigencia del derecho de acción se verifica en el proceso civil examinando el petitum o parte petitoria de la demanda. Allí el actor debe señalar cuál es la concreta tutela jurisdiccional que solicita, enunciando, en forma precisa y clara, las peticiones que se someten al fallo del tribunal (art. 254 N° 5 C.P.C.).

La accionabilidad se verifica a la luz del ordenamiento jurídico, esto es, considerando si el conflicto promovido puede ser el objeto de protección jurisdiccional. En el petitorio, el actor indica cual es el alcance de la tutela jurisdiccional que busca. Se le impone la carga procesal en orden a realizar una formulación precisa del petitum. Lo anterior se explica porque la jurisdicción actúa para resolver conflictos intersubjetivos reales, no hipotéticos, eventuales o meramente académicos. Por lo mismo, es una grave anomalía del petitorio de la demanda que la protección jurídica se solicite de manera poco clara. En la especie, la actora termina solicitando se tenga por interpuesta demanda en juicio de incumplimiento de contrato de seguro, con indemnización de perjuicios. Tal petición es inidónea, puesto que, reclama una tutela que no existe en el derecho a partir del artículo 1489 del Código Civil. La indemnización es accesoria a la petición de cumplimiento o a la petición de resolución de contratos. Esta falta en la formulación del petitum, es un aspecto de fondo que ya no puede ser subsanado por una modificación a la demanda, pues la litis está trabada. Resulta imposible asumir que la acción indemnizatoria impetrada es autónoma, puesto que, no hay un desarrollo dogmático en tal sentido en la demanda.

Respecto a la Prescripción Extintiva, señala que es un modo de extinguir las acciones y derechos ajenos, por no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante un cierto lapso de tiempo y concurriendo los demás requisitos legales. Para que se decrete la prescripción extintiva es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- > Acción prescriptible;
- > Alegación de la prescripción;
- > Que la prescripción no se haya interrumpido: la interrupción puede ser natural o civil. La primera importa reconocer la obligación expresa o tácitamente y la segunda tiene lugar en virtud de notificación de demanda;
- > Que la prescripción no esté suspendida;



> Transcurso del tiempo fijado en la ley.

Señala sobre la Prescripción de 4 años conforme Código de Comercio: De conformidad con la legislación vigente a la época de contratación del seguro, aplicable por mandato del artículo 22 de la Ley sobre efecto retroactivo de las leyes, las acciones resultantes del seguro, prescriben por el transcurso de 4 años, el cual se cuenta desde que la obligación se hizo exigible y ello ocurre desde la fecha del siniestro. En la especie, el siniestro es de fecha 18 de agosto de 2011, que corresponde a la fecha del Dictamen de invalidez de la hoy demandante. A la fecha en que se notificó la demanda el 07 de septiembre de 2016, (Exhorto E-454-2016, del Tercer Juzgado Civil de Santiago) el plazo de 4 años había transcurrido con creces. Teniendo la acción derivada del seguro, el carácter de prescriptible y no habiendo operado interrupción natural ni civil, ni suspensión, por haber transcurrido el plazo fijado por la ley, alego expresa y formalmente la prescripción de la acción incoada en autos. La demandante conoció de la existencia de su derecho cuando le fue dictaminada la invalidez el 18 de agosto de 2011. Desde ese momento disponía del plazo de 4 años para reclamar la cobertura del seguro. A la fecha en que efectivamente acciona, el plazo se encontraba extinguido y su acción irremediablemente prescrita.

Sobre la Prescripción conforme Código Civil, indica que para el caso que no se diere lugar a la prescripción de acuerdo a las reglas del contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio, alega formalmente la prescripción extintiva de la acción de acuerdo a los preceptos del Código Civil. Cita los artículos 2514, 2515 y 2518 del referido cuerpo legal. Agrega que en este caso, la obligación se hizo exigible al verificarse el siniestro, esto es, al dictaminarse la invalidez el 18 de agosto de 2011. Teniendo presente que la demanda judicial fue notificada el 07 de septiembre del año en curso, no operó interrupción civil de la prescripción, razón por la cual, la acción de la actora se encuentra prescrita, lo que alego clara, expresa y formalmente, a fin de dar cumplimiento a la exigencia contenido en el artículo 2493 del Código Civil, al reunirse todos los requisitos enumerados respecto de la prescripción extintiva o liberatoria.

Para la alegación de la prescripción en los dos sentidos expuestos invoca citando jurisprudencia que determina que para que sea procedente la interrupción civil es necesario la notificación de la demanda, lo cual está en armonía con la doctrina autorizada sobre la materia.

a) Sólo la presentación de la demanda, siempre que ésta haya sido legalmente notificada (C. Civil, art. 2503), es apta para producir la interrupción de la prescripción. Corte Santiago 15 de julio de 1937, R., t. 37, sec. 1º, p. 179 (C. 7º).

a) Conforme expresa el artículo 2518 del Código Civil, la prescripción que extingue las acciones se interrumpe civilmente por la demanda judicial, salvo los casos enumerados en el artículo 2503, entre los cuales figura en primer término el de la notificación de la demanda que no ha sido practicada en forma legal, hipótesis en la cual el que ha interpuesto tal recurso no puede alegar la interrupción.



Relacionando estas dos disposiciones, sólo es dable concluir que para que exista dicha interrupción civil no basta con la mera interposición de la demanda; también es necesario que se haga debidamente su notificación y ésta se ajuste a las exigencias que la ley impone para su validez.

Por lo demás, según fluye de los Títulos VI y VII de Libro I del Código Procedimiento Civil, relativos a las notificaciones y actuaciones judiciales, respectivamente, para que tengan valor tales actuaciones es necesario, salvo poquísimas excepciones, que se lleve a cabo la correspondiente notificación a la persona a quien se pretende que le afecte la diligencia. Y ha de agregarse que el artículo 65 del citado Código señala, con más exactitud, que los términos comenzarán a correr para cada parte desde el día de su notificación. Ciertamente es que esta norma se refiere a los plazos procesales, pero no hay duda que patentiza el criterio del legislador en cuanto a la importancia de ese trámite en los casos de diligencias relativas a las tramitaciones judiciales, sobre todo cuando está en presencia de la demanda que, si es la primera actuación en un proceso, debe ser notificada personalmente (C. de Procedimiento Civil, art. 40).

La necesidad de la notificación de la demanda para que haya interrupción de la prescripción es un requisito que surge, en opinión de la doctrina, de los principios generales, porque la interrupción no obra sino de persona a persona y, por lo tanto, supone notificación; también emerge de las reglas de procedimiento, porque toda citación ha de ser notificada. Corte Suprema, 16 de abril de 1991, G.J. N° 130, sent.¹⁰ p. 23 (C. 5° y 6°, P. 25). R., t. 88, sec. 1°, p.24.

Señala que en subsidio y para el caso improbable que se asuma que se ha demandado el cumplimiento de un contrato con indemnización de perjuicios y que la acción no está prescrita, invoca como primera defensa y excepción perentoria, la inconcurrencia de los requisitos o presupuestos de tal pretensión.

De acuerdo al artículo 1489 del Código Civil: *"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".*

Para que proceda la demanda de cumplimiento de contrato es necesario la concurrencia de los requisitos que pasamos a señalar.

- > Que se trate de un contrato bilateral.
- > Incumplimiento imputable de una de las partes.
- > Que quien invoca haya a su vez cumplido o esté llano a cumplir su propia obligación.
- > Que sea declarada judicialmente.

En la oportunidad procesal respectiva, acreditara que su representada no ha incurrido en incumplimiento de alguna de las obligaciones que para ella generaba el contrato de seguro. En efecto: ofertó el contrato, puso a disposición de la hoy



demandante un texto claro y plenamente comprensible de las condiciones del mismo, en aspectos tales como quién sería el beneficiario, las coberturas, las exclusiones, la vigencia del contrato, el procedimiento del denuncia del siniestro y el proceso de liquidación, los plazos para denunciar. Cuando recibió el denuncia, activó el proceso de liquidación y respondió todas las dudas y consultas de la Sra. López Vallejos.

Constituye una exigencia de quien demanda el cumplimiento de un contrato, el haber cumplido su propia obligación o allanarse a cumplirla. Este requisito no aparece del artículo 1489, sino que deriva del artículo 1552 del Código Civil, en cuya virtud *"En los contratos bilaterales ninguno de los contratantes está en mora dejando de cumplir lo pactado, mientras el otro no lo cumple por su parte o no se allana a cumplirlo en la forma y tiempo debido"*. Con relación a la actora, ella ha incumplido una serie de obligaciones, que hacen improcedente su libelo. Hay incumplimiento siguiendo el artículo 1556 del Código Civil, cuando no se ejecuta la prestación debida o bien ésta se cumple de modo imperfecto o tardío. En este caso, señala que la demandante incurrió en los siguientes incumplimientos que obstan a que sea considerada contratante diligente:

> De acuerdo con la cobertura invalidez total y permanente 2/3 contratada por la demandante, la suma asegurada era el saldo insoluto de la deuda. Para los efectos de la operatoria del seguro, era necesario que ella estuviera al día en el pago del crédito, situación que claramente no ocurrió en el caso presente, toda vez que ella se encontraba en mora en el pago del crédito. En efecto sólo pago las 08 primeras cuotas del crédito, estando en mora a partir de la cuota número 09 cuyo vencimiento era el 06 de abril de 2009.

> De acuerdo al seguro, el plazo para denunciar el siniestro, tratándose de coberturas de desgravamen e invalidez total y permanente 2/3, era de 240 días corridos desde la fecha de ocurrencia del respectivo siniestro y conforme al mismo contrato, el plazo comienza a correr desde el Dictamen de Invalidez del COMPIN o de la Superintendencia de AFP, que señale diagnóstico y porcentaje de incapacidad. En la especie, el Dictamen de Invalidez de la hoy demandada es el número 007.0747-2011, y está fechado el 18 de agosto de 2011, por su parte la denuncia del siniestro está fechada el 19 de noviembre de 2014, es decir, cuando habían transcurrido con creces el plazo para los efectos de denunciar. La denuncia está pasada en más de 900 días a la fecha tope que tenía. Se configuró la caducidad del seguro.

Por otro lado, debemos recordar que el contrato de seguros, era un contrato accesorio al contrato de mutuo. Al tiempo del siniestro el plazo del crédito se encontraba terminado. Una vez concluido el proceso de liquidación del siniestro, la compañía de seguros previo informe de liquidación procedió al rechazo, toda vez que el siniestro ocurrió después de la vigencia de la póliza, la última cuota del crédito era pagadera el 05 de julio de 2011, lo cual marcaba igualmente el plazo de vigencia de la cobertura, por la accesoriedad del seguro. El siniestro es posterior (18 de agosto de 2011). El seguro operaba sólo durante la vigencia del crédito, pues su beneficiario de acuerdo al contrato



era el Banco del Estado de Chile y la cobertura era el saldo insoluto de la deuda. Se acreditará oportunamente con los informes de liquidación lo anteriormente referido. Señala que había terminado la vigencia del contrato. La ineficacia del contrato surge aquí, como consecuencia de la llegada del momento previsto por las partes para que expire la cobertura. El contrato termina, porque se acaba el espacio de tiempo pactado por las partes para que rigiera: Deja de tener aplicación.

Sobre que la demandante recibió toda la información del caso, indica que en la página cuarta de su demandada, la actora sostiene que a su respecto no hubo información esencial para hacer valer sus derechos como asegurada y/o beneficiaria. Lo anterior es totalmente falso, puesto que ella declaró haber leído y conocer íntegramente la propuesta de seguro "Crédito Consumo Protegido", cuya copia recibió en el momento en que la suscribió. Reproduzco textualmente la parte final de la propuesta: He leído y conozco íntegramente el contenido de la propuesta, cuya copia recibo en este mismo acto. Dejo constancia que he obtenido del Corredor asesoría respecto a la naturaleza y alcance de las mencionadas coberturas y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratarlas por su intermedio. Bajo este párrafo se encuentra la firma de la hoy demandante.

Respecto al Beneficiario del Seguro era el Banco del Estado de Chile y no la actora, indica que de acuerdo al contrato de seguro para todas las coberturas el beneficiario es el Banco del Estado de Chile y como señaló en caso de invalidez total y permanente 2/3, la suma asegurada y el beneficio del seguro, eran el pago por la Compañía Aseguradora al Banco del Estado de Chile, del saldo insoluto de la deuda. Ella no era beneficiaria en modo alguno del seguro. Por sus características, el contrato de seguro está fuertemente inspirado en el principio de la buena fe y no puede ser fuente de lucro.

Se refiere seguidamente a la Improcedencia en la aplicación al presente caso de la Ley 20.667 de 09 de mayo de 2013, en especial el artículo 532 de dicha normativa, señalando que como lo sabe el Tribunal y lo ignora la demandante, la Ley 20.667 de 09 de mayo de 2013, vino a reemplazar en el Código de Comercio las normas sobre el contrato de seguro, con vigencia a contar del 01 de diciembre del año 2013. Resulta improcedente fundar una alegación en normativa que a la época de la contratación del seguro no estaba vigente. El seguro se contrató el 13 de mayo de 2008, razón por la cual, las leyes que regulaban el contrato de seguro eran las vigentes a esa época. Señala el artículo 22 de la Ley sobre el efecto retroactivo de las leyes de fecha 07 de octubre de 1861, incorporada en el apéndice del Código Civil, que estatuye la regla de que "En todo contrato se entenderán incorporadas las leyes vigentes al tiempo de su celebración", salvo normas de procedimiento y las que señalan penas, que no resultan aplicables al presente juicio.



Indica respecto a la Ausencia de Daño Moral, la demandante termina solicitando la condena a los demandados el pago de una indemnización a título de daño moral por la suma de \$800.000.000, lo cual hace consistir en lo siguiente:

- a) Ser víctima de perjuicios irreparables a su salud psíquica, al verse expuesta a juicios ejecutivos y procedimientos de cobro.
- b) El presunto agravamiento en la salud de su cónyuge.
- c) La contratación de créditos con terceros y la pérdida de bienes en subastas públicas.

Con relación a este ítem indemnizatorio señala que:

Hoy la doctrina y la jurisprudencia están contestes en la procedencia de la indemnización del daño moral en el ámbito del incumplimiento contractual, sin embargo, sólo se concede cuando se está en alguna de las hipótesis que al efecto se plantean y que en todo caso discurren sobre la idea de la excepcionalidad. A continuación expone las bases para la procedencia del daño moral contractual.

Como una primera idea, plantea que el incumplimiento o infracción de un contrato siempre supone molestias y desagradados al cumplidor. Resulta clave aquí no confundir tales perturbaciones o molestias con el daño moral vinculado a un negocio jurídico. La Profesora Domínguez Hidalgo, nos enseña que concluir que todo incumplimiento desencadena daño moral, importaría generar un desprestigio inmediato a este ítem resarcitorio y además sería excesivo concluir lo anterior. Este ítem en consecuencia, viene a tener como característica la excepcionalidad.

El Profesor Álvaro Vidal Olivares, en un trabajo presentado en las Jornadas Nacionales de Derecho Civil celebradas en Santa Cruz el año 2012, refería que para que el daño moral sea indemnizable por incumplimiento contractual, debemos estar frente a un daño significativo que exceda el normal riesgo que implica la celebración de todo contrato.

Para dicho autor, a partir de los casos sobre los que se ha pronunciado la jurisprudencia, hay tres tipos contractuales en los cuales es posible demandar daño moral.

El profesor Barros Bourie en esta materia, al tratar el límite de la reparación del daño moral contractual, nos refiere que la respuesta debe ser encontrada en el criterio de la previsibilidad que informa la responsabilidad contractual, planteando que existen algunos contratos que naturalmente comprenden la protección de intereses extra patrimoniales, de modo que resulta previsible que su incumplimiento puede provocar perjuicios morales. Sería el caso de la obligación de seguridad de los contratos de trabajo, de transporte de personas y de servicios médicos. Plantea que en los contratos netamente comerciales o más precisamente de contenido puramente patrimonial que tienen por naturaleza una mera función de intercambio de bienes y servicios, no cabría indemnizar daño moral.



Finalmente recoge la postura de la Profesora Domínguez Hidalgo sobre el particular, consignando en qué casos el incumplimiento contractual permitiría la indemnización del daño moral:

> Cuando se produce el incumplimiento de una obligación respecto de la cual hay pacto expreso en el contrato en orden a la procedencia del daño moral. Prima acá el principio de la autonomía de la voluntad y la libertad contractual.

> Cuando se genera un incumplimiento de una obligación que causa un daño moral previsto o previsible. A este respecto hay que recordar que en materia contractual rige la norma del artículo 1558 del Código Civil conforme al cual, se debe responder de los perjuicios que se previeron o pudieron preverse al tiempo del contrato, lo constituye indudablemente un elemento a vincular con la naturaleza o tipo de contrato de que se trata. Las reglas sobre responsabilidad contractual del Código Civil tienen su antecedente doctrinario en Pothier, para quién una preocupación principal era definir los límites de la responsabilidad del deudor. En ese contexto se plantea el requisito de la previsibilidad en la responsabilidad contractual.

Indica que, en primer término, la petición de daño moral deberá ser rechazada, al no haber incurrido su parte en incumplimiento contractual alguno, para lo cual doy por reproducido todo lo anteriormente señalado. La única parte de los contratos que incumplió obligaciones fue la actora. Ella fue quien dejó de pagar los créditos, ella fue quien denunció el siniestro fuera de plazo. No puede hoy ser premiada con una indemnización, pues nadie puede aprovecharse de su propia culpa.

En segundo término, la pretensión indemnizatoria debe ser rechazada, porque de la manera como está planteada, se la pide como una sanción o castigo a los presuntos incumplidores. La indemnización por daño moral no tiene un carácter compensatorio o punitivo, sino que reparatorio, desde que no es objetivamente dimensionable. Su objetivo es morigerar, disminuir o atenuar las consecuencias del mal sufrido (Corte de Apelaciones de Santiago, 12 de diciembre de 2005, Rol 25445-2002).

Indica que tampoco puede constituir fuente de enriquecimiento injusto. La cifra reclamada por la actora es del todo abusiva y desproporcionada. Basta recordar que el crédito lo fue por \$2.664.912, y que ella tan sólo pagó 08 de las 36 cuotas. Por otra parte, la cobertura del seguro era el pago del saldo insoluto de la deuda. Asumiendo que hubiera operado el seguro, por haberse verificado el siniestro dentro del plazo de vigencia y haber sido denunciado éste en tiempo y forma, el seguro habría operado respecto de 28 cuotas, lo que multiplicado por el valor de las mismas, arroja una total de \$2.931.292, que incluye capital e intereses. Es decir, la demandante contrata un crédito que se obligó a pagar, sólo paga 08 de 36 cuotas, deja de pagar una cifra cercana a los \$3.000.000, no fue diligente en la denuncia del siniestro, y hoy pretende ser premiada con una cifra alejada por completo de las realidades indemnizatorias de nuestro país. Ni en hipótesis de muerte, nuestros Tribunales otorgan cifras como la reclamada a una



persona título de daño moral. Cita al efecto sentencias que respaldan lo anteriormente expuesto.

En todo caso el daño moral deberá probarlo la demandante, no escapando a la regla general en materia del onus probandi. Una sentencia de la Corte de Apelaciones de Concepción de 10 de enero de 2011, Rol 1128-2010, señaló: El daño moral debe ser probado por quien lo reclama, toda vez que este constituye un presupuesto para el origen de la responsabilidad civil, por tanto, aquel que intente beneficiarse de la concurrencia de la misma, tendrá la carga probatoria de demostrar su existencia. En igual sentido se pronuncia el Profesor Hernán Corral Talciani, quien expresa que el daño moral como requisito de la acción de responsabilidad debe ser acreditado legalmente. La sola transgresión de un derecho patrimonial o no patrimonial no es bastante para sostener la reparación, es necesario que se acredite que la violación ha causado un daño; una pérdida efectiva, un menoscabo de las condiciones materiales o inmateriales de la persona afectada. Igual pensamiento es sostenido por la Profesora Carmen Domínguez Hidalgo.

Previas citas legales solicita en definitiva tener por contestada la demanda y en definitiva, previo cumplimiento de los trámites de rigor, rechazarla en todas sus partes, declarando:

- Que se rechaza la demanda por la inexistencia del juicio propuesto por la actora
- Que se rechaza la demanda por estar prescrita la acción según los términos del Código de Comercio
- Que en subsidio de la petición del numeral 2, se rechaza la demanda por estar prescrita la acción según los términos del Código de Civil.
- Que se rechaza la demanda por no haber incumplido el Banco del Estado de Chile obligación alguna asociada a los contratos de mutuo y seguro suscritos con la actora.
- Que se rechaza la demanda por haber incurrido la Sra., López Vallejos en incumplimiento de las obligaciones que emanaban del contrato de seguro, al no estar al día en el pago del crédito y haber operado la caducidad del seguro y haber terminado la vigencia del contrato.
- Que se rechaza la demanda por ser el Banco Estado de Chile el único beneficiario por el contrato de seguros.
- Que se rechaza la demanda en lo tocante a daño moral por no haber incurrido el Banco del Estado de Chile en incumplimiento contractual.
- Que se rechaza la demanda por el monto demandado por ser éste excesivo.
- Que en subsidio una eventual condena de daño moral no sea superior a los \$500.000, o lo que US. Determine conforme al mérito de autos.
- Que la demandante sea condena al pago de las costas.

5° De la contestación de la demanda por el demandado Metlife Chile Seguros de Vida S.A.: Con fecha 20 de mayo de 2017, el demandado Metlife Chile



Seguros de Vida S.A., representado judicialmente por el abogado Felipe Nazar Massuh, contesta la demanda, señalando: Comienza indicando breves fundamentos de la demanda, señala el actor que en la ciudad de Parral, el 13 de mayo de 2008, celebró un contrato de seguros con el Banco Estado. Dicho contrato cubriría los riesgos que presentara respecto al Contrato de Préstamo de Consumo, Operación N° 00004845307, por un plazo de 36 cuotas, que incorporaba asociado un seguro de desgravamen e invalidez. Agrega que durante la vigencia del contrato la Sra. López Vallejos empezó a desarrollar una enfermedad de carácter psiquiátrico, lo que le produjo una disminución de la capacidad laboral en un 70%, lo que fue decretado mediante dictamen N° 007.0747/2011, a contar del día 1 de agosto de 2011. Señala que no obstante la declaración de invalidez el 1/08/2011, el artículo 532 de la Ley N° 20.667 expresa que si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador debe responder por la totalidad de los daños. Imputa además al Banco Estado que éste no le entregó la información de su seguro oportunamente, lo que dejó a la demandante en una posición más débil. Esta falta de información hizo que la clienta actuara de forma errática, pero de buena fe.

Señala además que la enfermedad de la actora existía de manera latente, pero se manifestó con posterioridad, y por lo tanto *"podemos establecer que la Demandante, se enfermó durante la vigencia del SEGURO"*. Así lo ratificaría además un documento emanado de la Seremi de Salud de la Región del Maule.

Solicita, producto del no pago del seguro en cuestión, la suma de \$800.000.000 (ochocientos millones de pesos), por concepto de daño moral, pues la demandante se ha visto expuesta a juicios ejecutivos y procedimientos de cobro que le han provocado trastorno psicológico y molestias físicas a ella y a su núcleo familiar.

Finalmente hace referencia a las normas que hacen procedente la acción resolutoria tácita, señalando que se cumplen todos los aspectos propios de ésta. En consecuencia solicita tener por interpuesta demanda en juicio de incumplimiento de contrato de seguro, con indemnización de perjuicios en contra de su representada y en contra del Banco del Estado de Chile, condenándolos a pagar la suma de 800.000.000, más intereses y reajustes.

Respecto a los Antecedentes Contractuales, indica que:

Con fecha 13 de mayo de 2008 la demandante de autos contrató un Crédito de Consumo, N° 00004845307 con el Banco Estado, por un plazo de 36 meses.

Dicho crédito, tal como consta en documento denominado *"Solicitud Única de Contratación, Mandato(s) y Propuesta de Seguro(s) Crédito de Consumo Protegido"*, acompañado por esta parte en el escrito de oposición de excepciones, fue por un monto total de \$2.664.912-

Junto con el crédito contratado, la Sra. López Vallejos asoció a su crédito, y en calidad de asegurada (a diferencia de lo que señala en su demanda), un Seguro de Desgravamen e Invalidez Total y Permanente 2/3.



Dicho seguro fue contratado por el Banco del Estado de Chile, a través de Banco Estado Corredores de Seguros, con mí representada en calidad de aseguradora. Se trataba de un seguro colectivo, cuya vigencia con el contratante era de 12 meses, el cual se renovaba año a año.

Asimismo, la vigencia de la cobertura individual, esto es, con cada asegurado, era entre la fecha de la contratación y durante todo el plazo del crédito. En el caso de la Sra. López su vigencia era hasta el 7 de julio de 2011, pues dicha fecha era el vencimiento de la última cuota pactada del crédito.

Se estipulaba además en las respectivas Condiciones Particulares del Seguro, Póliza N° 490000103, que su beneficiario, en caso de fallecimiento o invalidez total y permanente dos tercios de algún asegurado (es decir en este caso la Sra. López), será el Banco del Estado de Chile. Es decir, a diferencia de lo sostenido por la demandante, el beneficiario del crédito y quien recibiría, de cumplirse los requisitos, el pago de la cobertura, sería el Banco Estado y no la Sra. López.

El seguro contrato, en lo pertinente, cubría el riesgo de Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (ITP 2/3), cobertura que se regía por las normas pertinentes del D.L N° 3500, según CAD 297002.

Asimismo, se establecía en el artículo 8 de la Póliza que el monto a indemnizar *"será el saldo insoluto del capital reajustado de la deuda al último día del mes inmediatamente anterior a la fecha de fallecimiento del deudor, o a la fecha en que la Invalidez Dos Tercios (ITP 2/3) haya sido declarada por el organismo competente..., con un máximo a indemnizar del 110% del saldo insoluto del capital reajustado de la deuda"*.

Asimismo, el artículo 12° de las Condiciones Particulares establecía el procedimiento y requisitos para la procedencia del pago del siniestro.

Así las cosas, y a modo de resumen, respecto al contrato de seguro de desgravamen e ITP 2/3 Póliza N° 490000103 asociado al crédito de consumo solicitado por la Sra. López, su representada, en caso de ocurrencia del siniestro y en cumplimiento a las formalidades legales contractuales, habría pagado el saldo insoluto del capital reajustado de la deuda, es decir, al monto pendiente por pagar del crédito de consumo cuyo monto total era \$2.664.914.

Sobre la denuncia del siniestro, liquidación y respuesta de su representada, indica lo siguiente:

Con fecha 19 de noviembre de 2014, la Sra. Juana López Vallejos efectuó la denuncia de un siniestro por cobertura de Invalidez 2/3, ocurrido con fecha 18 de agosto de 2011, mediante el Formulario de Denuncio de Siniestros número de atención 1411190364. Dicha denuncia, en la que se solicitaba la suma de UF 133, la realizó la Sra. López ante BancoEstado Corredores de Seguros.

Dicha denuncia se encontraba asociada a la operación N° 00004845307, es decir, al préstamo de consumo al que se hizo referencia en el capítulo anterior.



Su representada recibió los antecedentes por parte de la Corredora de Seguros y efectuó la respectiva liquidación.

Luego de un estudio de los antecedentes, con fecha 3 de diciembre de 2014 su representada emitió el respectivo Informe de Liquidación de Siniestro, el cual sostiene, en lo pertinente, lo siguiente:

TV. DATOS DEL SINIESTRO Y ANÁLISIS DE LA COBERTURA

Informamos a usted, que luego de analizar los antecedentes presentados, podemos manifestar lo siguientes:

- 1. Con fecha 13 de mayo de 2008, se suscribe Seguro, contratado en póliza N° 490000103 del Banco Estado, teniendo cobertura hasta el 05 de julio de 2011.*
- 2. Con fecha 26 de noviembre de 2014, se recepcionó en nuestra Compañía aseguradora el denuncia del siniestro, ocurrido el 01 de agosto de 2011, por el diagnóstico(s) de Trastorno Afectivo Bipolar.*

V. CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo anterior, esta Compañía ha determinado rechazar el siniestro, ya que este ocurrió después de la vigencia final del asegurado(a) en la póliza".

Dicho informe de liquidación fue enviado directamente a la Sra. López mediante carta de nuestro Departamento de Beneficios, de fecha 3 de diciembre de 2014.

Asimismo, con fecha 22 de enero de 2015, se envió a la Sra. López Vallejos carta respuesta a apelación de siniestro, enviada por la demandante con fecha 2 de enero de 2015, en la que se le informa lo siguiente: *"Tal y como señaláramos en Informe de Liquidación de fecha 03 de diciembre de 2014, esta Compañía Aseguradora ha determinado mantener el rechazo del siniestro debido a que la invalidez data desde el 01.08.11, y el seguro contratado estuvo vigente desde el 13.05.08 al 05.07.11, por lo tanto el siniestro ocurre en fecha posterior al término de vigencia".*

Asimismo con fecha 20 de julio de 2015 el Banco Estado Corredores de Seguro informó al Sr. Fernando Pérez Jiménez, Jefe Área de Protección al Inversionista y Asegurado de la Superintendencia de Valores y Seguros, al tenor del reclamo presentado en dicha sede por la Sra. López. En lo pertinente, se informó lo siguiente: *"Una vez concluido el proceso de liquidación del siniestro, dicha Compañía de Seguros procedió al rechazo del mismo, toda vez, que el siniestro ocurrió después de la vigencia final del asegurado en la póliza, ello debido a que la última cuota pactada de dicho crédito tuvo vencimiento el día 07.07.2011 y el seguro opera durante la vigencia del crédito.*

En relación a lo anterior, la compañía aseguradora mantiene el rechazo del siniestro, dado que, si bien es cierto, la asegurada argumenta que su patología médica se desarrolla durante la vigencia del crédito, debe existir una fecha en la cual se dictamina la invalidez y ésta es el 01.08.2011, tal como se establece en el Dictamen de Invalidez emitido por la SAFP, organismo que se rige por las Normas para la evaluación y calificación del grado de Invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, regulado por el D.L N° 3500 de 1980, ". Asimismo agrega que *"Cabe*



mentar que de igual manera no procedería evaluar el siniestro, toda vez que el seguro contratado por la aseguradora contempla un plazo de presentación para efectuar el denuncia de siniestro el que corresponde a 240 días.

Respecto a lo anterior, la Sra. López efectuó el denuncia de siniestro el 26.11.2014".

Señala como primera defensa, interpone a la demanda de autos la excepción de prescripción. Al efecto, el artículo 568 del Código de Comercio, vigente a la época de contratación del seguro, establece en su inciso primero que *"Las acciones resultantes del seguro terrestre, salvo el de transportes, prescriben por el transcurso de cuatro años"*.

El tratamiento de los seguros terrestres, como el de la especie, se encuentra regulado en los artículos 561 y siguientes del Código de Comercio vigente a la época. Estos han sido definidos como *"aquellos los cuales los riesgos cubiertos ocurren en tierra"*.

Asimismo, el artículo 822 del Código de Comercio establecía que *"Las acciones que procedan de las obligaciones 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".

Agrega que la demanda de autos se notificó a su representada con fecha 7 de septiembre de 2016, es decir, más de 5 después de la vigencia de la póliza y de ocurrida la declaración de invalidez 2/3 de la Sra. López, razón por la cual la demanda de autos se encuentra, en exceso, prescrita.

Lo anterior pues el plazo de cuatro años, establecido en el entonces artículo 568 del Código de Comercio, expiró en el mes de julio de 2015 (cuatro años desde el término de la vigencia de la póliza), y la demanda de autos fue presentada recién el 21 de julio de 2016 y notificada, en el mes de septiembre del mismo año.

De acuerdo a lo señalado en la doctrina, los fundamentos de la prescripción extintiva obedecen a consideraciones de interés público y de estabilidad de las situaciones existentes, produciéndose esta cuando se unen dos condiciones: en primer lugar, el transcurso del plazo fijado por la ley, esto es, desde que el Sr. López dejó de tener vigencia en la póliza contratada; y en segundo lugar, la no materialización durante este lapso de tiempo de alguna de las causales de interrupción.

En el caso de autos, el plazo de prescripción se encuentra largamente vencido, y no concurren causales de interrupción de ésta, pues la notificación válida de la demanda, conforme lo dispone el artículo 2503 del Código Civil, se produjo recién con fecha 7 de septiembre de 2016.

Así las cosas la demanda de autos no puede prosperar, por encontrarse ésta prescrita.

Respecto a la caducidad, indica en segundo lugar que la demanda de autos no puede prosperar toda vez que el plazo para efectuar la denuncia del siniestro, conforme al mérito del contrato, se encuentra largamente vencido.



Al efecto recuerda que un contrato legalmente celebrado, conforme lo dispone el artículo 1545 del Código Civil, es ley para las partes. Al respecto aplica en este caso las condiciones particulares de la póliza contratada, N° 490000103.

Dichas condiciones, en su artículo 12°, refieren a *"Siniestros"*. Al efecto la letra a) trata la *"Presentación y Tramitación de Siniestros y Antecedentes Requeridos"*, señalándose que *"La información sobre los siniestros podrá entregarse directamente en las oficinas del Banco Estado, del Corredor o sus representantes."* Dispone además que: *"Recibida la información de un siniestro por parte de Banco Estado, del Corredor o sus representantes, el Corredor formalizará el denuncia respectivo y velará por la correcta y oportuna evaluación y liquidación de cada siniestro ante la Compañía"*.

Señala que la letra b) del referido artículo 12 lo siguiente:

"b) Periodo de Denuncio

Los asegurados o interesados, según corresponda, deberán informar y denunciar la ocurrencia de un siniestro, dentro de un plazo máximo de 240 días corridos a contar de la fecha en que se haya producido"

Sostiene que en el caso de autos, y no obstante la póliza no se encontraba vigente, la Declaración de Invalidez 2/3 de la Sra. López se produjo con fecha 1 de agosto de 2011.

Sin embargo la denuncia del siniestro se realizó a la Compañía Banco Estado Corredores de Seguros recién con fecha 19 de noviembre de 2014, Número de atención 1411190364, es decir 5 veces el tiempo que tenía la demandante para efectuar la denuncia del siniestro conforme a la póliza.

En consecuencia, la denuncia del siniestro se efectuó más de 1100 días después de la vigencia de la póliza y de ocurrida de la declaración de invalidez de la Sra. López, plazo absolutamente extemporáneo de acuerdo a las condiciones de la póliza, por lo que la denuncia del siniestro formulada en noviembre de 2014 está caduca, razón por la cual la demanda debe ser rechazada en todas sus partes.

Indica posteriormente sobre que la póliza no se encontraba vigente al momento del siniestro denunciado, que:

Tal como se ha señalado a lo largo de este escrito, el seguro de desgravamen e invalidez 2/3 contratado por el Banco Estado con su representada, de acuerdo a las condiciones particulares, tenía una vigencia por todo el plazo del crédito contratado.

En autos no es discutido que el crédito de consumo solicitado por la Sra. López al Banco Estado tenía como vencimiento de su última cuota el 7 de julio del año 2011, fecha en la cual terminaba la vigencia del seguro contratado.

Lo anterior sin perjuicio que, como lo ha señalado la demandada Banco Estado, la Sra. López incumplió los pagos del crédito de consumo contratado, pagando solo 8 de las 36 cuotas a las que se había comprometido.

Pues bien, habiendo perdido vigencia el seguro contratado, y sin perjuicio de las defensas y excepciones señaladas en los capítulos anterior, resulta improcedente el pago



del siniestro, pues, como se señaló, no existía contrato de seguro vigente, por lo que la invalidez 2/3 decretada carecía de cobertura.

Al respecto cabe tener presente que el demandante cita una norma de la Ley N° 20,667, la cual entró en vigencia en el mes de diciembre de 2013, por lo que resulta absolutamente inaplicable a un contrato cuya vigencia se inició el 13 de mayo de 2008 y término en el mes de julio del año 2011.

Así las cosas la demanda de autos debe ser rechazada, también, por haberse producido el siniestro fuera de la vigencia de la póliza contratada.

Indica que la acción intentada es contradictoria y no cumple con los requisitos legales, lo fundamento en lo siguiente:

El demandante de autos interpuso una acción de *"incumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios"*. Al efecto, solicitó a S.S. tener *"por interpuesta demanda en juicio de incumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios"*.

Al efecto citó, como legislación fundante de su acción, el artículo 1489 del Código Civil, señalando en su demanda los requisitos para que proceda la *"acción resolutoria tácita"* (sic).

Pues bien, la demanda es contradictoria en cuanto a lo que se pide y sus fundamentos, pues por un lado se ejerce una acción de incumplimiento, y por otra se pretende aplicar a la especie la condición resolutoria tácita, cuestión que, junto con ser contradictoria, no se desarrolla ni fundamenta correctamente en la demanda.

En efecto, aunque no ha sido solicitado, no aplica en la especie los requisitos para demandar la aplicación de la condición resolutoria tácita. En efecto, no aplica al contrato de autos el artículo 1489 del Código Civil, pues el contrato de seguros de autos fue celebrado entre el Banco Estado y su representada, con intermediación de Banco Estado Corredores de Seguros.

Además el referido contrato de seguros tiene la naturaleza de tracto sucesivo, y por tanto no hay resolución, sino terminación del contrato con efectos para el futuro.

Por el contrario, si lo solicitado por la demandante sería el cumplimiento del contrato de mutuo que celebró con el Banco Estado, solo podría determinarse, según lo señalado por dicha entidad bancaria, que el incumplimiento provino de la demandante, pues solo pagó 8 de las 36 cuotas a las que se encontraba obligada.

En consecuencia, por estar mal intentada la acción y por no aplicar la condición resolutoria tácita en la especie, también la demanda presentada por la Sra. López debe ser rechazada por este motivo.

Sobre el daño moral reclamado indica:

La demandante solicita el pago de \$800.000.000 (ochocientos millones de pesos) por concepto de daño moral, el cual funda en:

- a) Daños irreparables a su salud síquica.
- b) Consecuencias físicas.



- c) Consecuencias físicas a su marido.
- d) Demandas de prestamistas

Al respecto, y sin perjuicio de lo señalado en cuanto a que la demanda de autos debe ser rechazada por encontrarse prescrita, por haber caducado el plazo para denunciar el siniestro, por haberse producido el siniestro fuera de la vigencia de la póliza y por ser la acción intentada contradictoria e incumplir los requisitos legales, señala que la indemnización demandada por la actora resulta absolutamente desproporcionada e improcedente, lo cual da cuenta de la falta de seriedad con la que se ha intentado la presente acción.

En efecto, la demandante deberá probar los perjuicios psicológicos alegados y que estos son producto de la decisión de las demandadas de hacer cumplir el contrato de seguros.

En ese sentido del tenor del daño moral reclamado aparece la inexistencia de cualquier vínculo de causalidad entre la conducta de su representada, frente al seguro que, en caso de producirse el siniestro debía ser pagado al Banco Estado, y cuya cobertura era las cuotas pendientes de pago del crédito de consumo solicitado por la actora (lo cual no superaba los \$3.000.000).

En consecuencia, y sin perjuicio de las defensas esgrimidas, corresponde que el demandante pruebe la existencia del supuesto daño moral sufrido, su causalidad, y proporcione los elementos de convicción suficientes para que el tribunal pueda determinar su cuantía.

Señala que sin perjuicio que los jueces tienen la facultad de apreciar en conciencia el daño moral, el monto solicitado es totalmente desmesurado, abusivo y refleja una intención de obtener una ganancia a todas luces ilegítima.

En efecto, la indemnización de perjuicios por daño moral, una vez acreditado (cuestión que desde ya rechaza, pues no ha habido incumplimiento alguno), no puede tener el carácter de reparatorio, atendido a su propia naturaleza, pero si satisfactorio. Lo que busca el daño moral es darle a la víctima una satisfacción o ayuda que le permita atenuar o morigerar el daño sufrido, pero en este caso, al pedirse \$800.000.000 lo que se busca es incrementar y enriquecer de tal forma su patrimonio, que pugna con lo más esencial del concepto aludido.

Previas citas legales, solicita en definitiva tener por contestada la demanda interpuesta por doña Juana López Vallejos, por opuesta la excepción de prescripción, y en definitiva rechazar, por los argumentos señalados en el presente escrito, la demanda en todas sus partes, con expresa condena en costas.

6º De la réplica. Con fecha 29 de mayo de 2017, la demandante evacúa el trámite de la réplica, señalando:

Respecto del demandado Banco Del Estado, indica que conforme al Art. 532 de la Ley N° 20.667 expresa que si el siniestro se iniciare durante la vigencia del seguro y continuare después de expirada, el asegurador debe responder por la totalidad de los



daños.

Que no obstante su representada Sra. Emelina López Vallejos, habérsele decretado mediante Incapacidad laboral en un 70%, lo que fue decretado mediante dictamen N° 007.0747/2011, a contar del día 1 de agosto de 2011. Ella siempre estuvo enferma psiquiátricamente como lo acreditará y lo ha expuesto en la Demanda, razón por la cual la obligación de cumplir con el contrato es obligatoria, tanto a Bancoestado como a Metlife Seguros, respecto de su cliente, desvalida, enferma y afectada por una enfermedad psiquiátrica, se debe responder de todos los daños. Cuestión que es paradoja, que ambas sólidas empresas, le nieguen su derecho a la asegurada, sobre la base de artificios legales como los que se han expuesto en el curso de este juicio.

Que como lo ha sostenido su representada toma conocimiento de los productos asociados a su contrato bancario, esto es el Seguro de la compañía Metlife, con mucho desfase no porque ella lo hubiere querido sino más bien por el nivel restringido de información del cual disponía, como asimismo, el poco apoyo y negligencia de Bancoestado, que representaba a dicha compañía aseguradora. Indica que su representada ya estaba hace años enferma con un deterioro mental avanzado, y que COMPIN establece en un 70%, como consta en los documentos acompañados y los mismos elementos que las contrarias argumentan.

Es por ello que una persona, con un avanzado deterioro, cognitivo, esto es, con un sentido de la realidad alterado, era poco probable que pudiera tomar decisiones cuerdas y por ello equilibradas a su deteriorada situación personal. El Bancoestado, en todo caso sabía de esta situación de su clienta, y por ello la ejecutiva de cuentas al ver su incierta situación personal y de salud le aconsejó hacer efectivo su seguro asociado al producto bancario contratado.

Indica que lo firmado es un contrato de adhesión, que poco nada puede hacer un contratante, al que se supone, se le ha entregado documentación, se supone está de acuerdo con cada una de las cláusulas de dicho contrato, pero en definitiva, nada de eso es cierto, atendido a que no se ha respetado un principio básico, que es el de igualdad contractual, el cual se ha visto gravemente violentado, ya que cuando el cliente, requiere hacer efectivo sus derechos, el acreedor, hace manifestación de toda su pirotecnica y abultados escritos, destinados a crear una confusión, y que la parte más débil sea desoída y en definitiva sus derechos queden sin ser respetados por la parte más fuerte que es el Banco, como se hace sentir en esta causa.

De tal forma, rechaza, todos y cada uno de los argumentos expuestos, por la demandada Bancoestado, y que sólo hacen ridiculizar el derecho que la parte ha expuesto, todo lo anterior con costas.

Respecto del demandado Metlife Chile Seguros De Vida S.A., indica, señala que valgan respecto de ésta los mismos argumentos expuestos, hechos valer respecto del demandado Bancoestado, los cuales solicita sean íntegramente reproducidos.

Finaliza señalando que solicita tener por evacuado el trámite de réplica, de tal



forma, que rechaza, todos y cada uno de los argumentos expuestos, por las Demandadas Bancoestado, y Metlife Seguros S. A., que sólo hacen ridiculizar y jibarizar el derecho que esta parte ha expuesto, todo lo anterior con costas

7º De la dúplica del demandado Banco del Estado de Chile. Con fecha 31 de mayo de 2017, la parte demandada Bando del Estado de Chile, evacúa el trámite de la dúplica, reafirmando los antecedentes de hecho y de derecho expuestos al contestar la demanda.

8º De la dúplica del demandado Metlife Chile Seguros de Vida S.A.. Con fecha 6 de junio de 2017, la parte demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A., evacúa el trámite de la dúplica, señalando que la parte demandante en su escrito de réplica no se ha pronunciado sobre las alegaciones, excepciones y defensas interpuestas por esta parte en el escrito de contestación de demanda. Por el contrario, se ha limitado a esgrimir argumentos vagos, de escaso contenido jurídico, que solo dan cuenta de la improcedencia de la acción intentada.

Conforme a lo anterior, reitera los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, reiterando la solicitud de completo rechazo con expresa condena en costas.

9º Llamado a conciliación. Con fecha 12 de julio de 2017, se llama a las partes a conciliación, la que no se produce.

10º Recepción de la causa a prueba. Con fecha 19 de julio de 2017, se recibe la causa a prueba por el término legal, fijándose los hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos que se contienen en él y su complementación de fecha 4 de agosto de 2017.

11º Citación a oír sentencia. Con fecha 4 de octubre de 2017, se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

EN CUANTO A LA OBJECCIÓN DE DOCUMENTOS

PRIMERO: Con fecha 1 de septiembre de 2017, el abogado Felipe Nazar Massuh, por la parte demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A, objeta documento acompañado mediante escrito presentado con fecha 28 de agosto de 2017, y que se tuvo por acompañado con citación, mediante resolución de igual fecha, de fojas 107, manifestando al respecto que:

En relación a los documentos signados en el número 15, letras a y b, denominados “*Documentos Médicos y/o Certificados*” se objetan por emanar de terceros ajeno a este pleito que no han comparecido a estos autos personalmente ni representado a reconocerlo como suyo. Se trata de simples copias de recetas y certificados médicos, que, además, no dicen relación con la materia del juicio. Por este motivo a esta parte no le consta de dichos documentos su autenticidad ni su integridad.

SEGUNDO: Con fecha 13 de Septiembre de dos mil diecisiete se tuvo por evacuado en rebeldía el traslado conferido con fecha 1 de septiembre del actual, respecto de la objeción documental.



TERCERO: Que la objeción deberá ser rechazada por cuanto el presupuesto fáctico de la misma, no dice relación con la causal invocada sino con el valor probatorio de los mismos, lo que es propio de la labor jurisdiccional. En razón de ser la falta de autenticidad de un instrumento privado dice relación con el valor probatorio que en definitiva se le dé, y la falta de integridad con que éste se presente incompleto, lo que no ocurre en el caso de autos. Por lo que se rechazará sin condena en costas por haber tenido motivo plausible para objetar.

EN CUANTO AL FONDO

CUARTO: Que la parte demandante representada por el abogado Robert Gunter Fletcher Alba, demanda en juicio ordinario de Incumplimiento de contrato de Seguro, con indemnización de perjuicios, en contra de METLIFE SEGUROS S.A. o METLIFE CHILE S.A y contra BANCOESTADO o BANCO DEL ESTADO DE CHILE, ya individualizados en autos, y condenarlos en definitiva a pagar la suma de ochocientos millones de pesos.- (\$800.000.000), más intereses y reajustes, declarando que se le condena al pago de dicha suma, o la que se determine conforme el mérito del proceso, todo ello con costas, con los fundamentos que se señalaron en la parte expositiva de la esta sentencia.

QUINTO: Que los demandados contestando la demanda solicitan el rechazo de la misma por los fundamentos que fueron expuestos en sus respectivas contestaciones, ya señalados en la parte expositiva de esta sentencia.

SEXTO: Que la parte demandante en apoyo de sus alegaciones acompañó a estos autos los siguientes medios de prueba:

Documental:

1. Respuesta electrónica Superintendencia de Valores y Seguros (caso 474269)
 - a. Respuesta a Oficio n° 1179, SGD: 2015060072464, Santiago 15 de Junio de 2015. De: Metlife Chile Seguros de Vida S.A. A: Superintendencia de Valores y Seguros.
 - b. OFORD: 14753, Antecedentes: Presentación que indica; Materia: Informe; SGD: 2015070083534, Santiago 10 de Julio de 2015. De: Superintendencia de Valores y Seguros. A: Juana López Vallejos.
 - c. OFORD: 17368, Antecedentes: Presentación que indica; Materia: Informa; SGD: 2015080097255, Santiago 13 de Agosto de 2015. De: Superintendencia de Valores y Seguros. A: Juana López Vallejos.
 - d. OFORD: 8526, Antecedentes: Presentación que indica; Materia: Informa; SGD: 2016040044162, Santiago 7 de Abril de 2016. De: Superintendencia de Valores y Seguros. A: Juana López Vallejos.
2. Impugna Informe de Liquidación de Siniestro, Póliza n° 490000100, Metlife Chile Compañía de Seguros de vida S.A. Parral 22 de Diciembre de 2014. Recibida por Banco Estado con fecha 23 diciembre 2014.



3. Impugna Informe de Liquidación de Siniestro, Póliza n° 490000103, respecto de Seguros Metlife Chile Compañía de Seguros de vida S.A. Parral 22 de Diciembre de 2014. Recibida por Banco Estado con fecha 23 diciembre 2014.
4. Carta de Respuesta de Banco Estado, de fecha 30 de diciembre de 2014.
5. Formulario Único de Atención al Cliente Banco Estado, de fecha 27 de Abril de 2016, número de atención n° 1604270494. Seguros Metlife Chile Compañía de Seguros de vida S.A. TIPO SEGURO: ENFERMEDAD Y HOSPITALIZACIÓN CREDITO DE CONSUMO PROT, N° 2008052300874, n° operación: 00004845307.
6. Formulario Único de Atención al Cliente Bancoestado, de fecha 27 de Abril de 2016, número de atención n° 1604270494. Seguros Metlife Chile Compañía de Seguros de vida S.A. TIPO SEGURO: SEGURO DE DESGRAVAMEN CED PROT CO, N° 2008052300873, n° operación: 00004845307.
7. DOCUMENTO BANCOESTADO, Deudas Totales, Créditos MN: Cancelaciones, CONSUMO. Monto total \$11.489.734. Fecha simulación 5 mayo de 2016.
8. DOCUMENTO BANCOESTADO, Deudas Totales, Créditos MN: Cancelaciones, TARJETA DE CRÉDITO. Monto total \$2.332.410. Fecha simulación 5 mayo de 2016.
9. DOCUMENTO BANCOESTADO, Deudas Totales, Créditos MN: Cancelaciones, LÍNEA DE CRÉDITO. Monto total \$2.960.307. Fecha simulación 5 mayo de 2016.
10. 4 CARTAS DE COBRANZAS BECO (BANCO ESTADO) . Dirigidas al domicilio de la Demandante, obligándola a Renegociar.
11. Consulta a Ejecutivos de Liquidación para cancelación (BANCOESTADO). Oficina Parral, por la suma de \$14.395.714, Crédito Hipotecario. 4 de febrero de 2015.
12. Consulta a Ejecutivos de Liquidación para cancelación (BANCOESTADO). Oficina Parral, por la suma de \$2.536.862, Línea de Crédito Cons. 4 de febrero de 2015.
13. Simulación de Liquidación de Pago, Amortización extraordinaria Crédito Hipotecario, de fecha 5/5/2016. Banco Estado, Prod. Comercial MHEOO3, TOTAL A PAGAR \$12.685.248.
14. Simulación de Liquidación de Pago, Amortización extraordinaria Crédito Hipotecario, de fecha 5/5/2016. Banco Estado, Prod. Comercial BANCOACD24, TOTAL A PAGAR \$5.185.534.
15. DOCUMENTOS MÉDICOS Y/O CERTIFICADOS
 - a. Paciente Juana Emelina López Vallejos
 - i. Carné de Citación, Ficha Clínica n° 52120, Hospital de Parral.
 - ii. Receta, Poli Adulto, n° 35267, 28 de agosto, de 2017.
 - iii. Certificado Médico, Hospital Regional de Talca, emitido por la DRa. *Maria Soledad Potthoff Cárdenas*, Médico Siquiatra, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Talca Noviembre de 2012.
 - iv. Certificado Médico, Departamento de Salud Municipal de Parral, emitido por el DR. *Gonzalo Manríquez*, Médico USAF BUENOS AIRES. Parral, 09 de mayo de 2011.



v. Certificado Médico, Hospital Regional de Talca, emitido por la DRa. *María Soledad Potthoff Cárdenas*, Médico Siquiatra, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Talca, Julio de 2011.

vi. Resolución de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, Seremi de Salud del Maule, emitido por Presidente de la COMPIN Maule. Mat: *Evaluación por Salud Irrecuperable*. Talca, 9 de marzo 2009.

vii. Dictamen de Invalidez por la Superintendencia de Pensiones , Comisión Médica VII Región, Dictamen n°007.074772011, emitido por Presidente de Superintendencia de Pensiones,. Talca, 1 de agosto 2011.

viii. Certificado de Salud, Hospital de Parral, emitido por el DR. *José Pablo Godoy Cifuentes*, Médico Siquiatra, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Parral, 2 de abril de 2015.

ix. Certificado de Salud, Hospital de Parral, emitido por el DR. *José Pablo Godoy Cifuentes*, Médico Siquiatra, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Parral, 20 de abril de 2015.

x. Certificado de Salud, Hospital de Parral, emitido por el DR. *José Pablo Godoy Cifuentes*, Médico Siquiatra, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Parral, 16 de Mayo de 2015.

xi. Certificados de Licencias Médicas, Provida AFP. Período enero 2008 a Abril 2009.

b. *José Eduvino Yáñez Agurto*

i. RESUMEN DE HISTÓRIA CLÍNICA, Paciente Sr.. *José Eduvino Yáñez Agurto*, firmado por la facultativo Dra. *María Teresa Milanés Roldán*, Unidad de Onco hematología Hospital Regional de Talca, 3 de agosto de 2015.

ii. CERTIFICADO MÉDICO, Paciente don >*José Eduvino Yáñez Agurto*, firmado por la facultativo Dra. *Damaris Barreiro*, Médico Depto. De Salud Municipal de Parral, 28 de enero de 2015.

iii. CERTIFICADO MÉDICO, Paciente Sr.. *José Eduvino Yáñez Agurto*, firmado por el facultativo Dr. *Augusto Aspillaga M*, Médico tratante, Policlínico de Oncología, Hospital Regional de Talca, 2 de febrero de 2015.

iv. RESUMEN DE HISTÓRIA CLÍNICA, Paciente Sr. *José Eduvino Yáñez Agurto*, firmado por la facultativo Dra. *María Teresa Milanés Roldán*, Unidad de Onco hematología Hospital Regional de Talca, 8 de Julio de 2016.

Testimonial:

Que con fecha 28 y 29 de agosto de 2017 consta la rendición de la prueba testimonial de la parte demandante, compareciendo los siguientes testigos previamente juramentados:

1.- Doña *JIMENA ESTER VARELA SEPÚLVEDA*, Run. N° 8.457.285-3, soltera, comerciante, domiciliada en Portal Alameda, pasaje 2 casa 206, Parral.

AL PUNTO UNO: No la presenta.

AL PUNTO DOS: No la presenta.



AL PUNTO TRES: No, hasta donde yo sé.

Repreguntada la testigo para que diga, frente a su respuesta de que hubo un incumplimiento, que señale respecto de quien fue dicho incumplimiento, responde: del Banco»

Contra interrogación de la parte demandada Banco del Estado de Chile:

Para que diga la testigo, si sabe qué tipo de contrato firmo la demandante con Banco Estado, responde: no sé qué tipo de contrato, pero sí sé que tomo unos seguros en Banco Estado.

Para que diga la testigo, con qué fecha contrató lo que usted denomina esos seguros con Banco Estado, responde: no lo sé.

Para que diga la testigo, cuál es el monto por el cual la demandante contrató esos seguros, responde: no lo sé.

Para que diga la testigo, si tiene conocimiento si la demandante cumplió con el pago del préstamo, responde: no lo sé.

Para que diga la testigo, si sabe qué tipo de seguro contrato la demandante, responde: no lo sé, no estoy segura, pero en algún momento me comentó que eran unos seguros en caso de enfermedad, no estoy segura cien por ciento, no sé por qué tipo de enfermedades.

Para que diga la testigo, según su conocimiento, cuál era la finalidad de contratar lo que denomina seguros con Banco Estado. La parte demandante objeta la pregunta, es reiterativa, en cuanto le está preguntando información reiterativa que la testigo ya ha reafirmado que desconoce y que de esta manera se está presionando a la testigo a que declare de una manera determinada y queda señalado que no dispone de más información que la que ya ha otorgado en esta declaración, por lo que solicito a SSA tenga por opuesta objeción y que se decrete derechamente que se reformule la pregunta o se le deje sin efecto. Traslado

La parte demandada reformula la pregunta

Para que diga la testigo según su conocimiento, que tipo de cobertura tiene el seguro que contrató la demandante, responde: no lo sé, porque yo tengo seguros en el banco estado y los he ido cambiando cuando me ofrecen uno con mejor cobertura.

Para que diga la testigo, si tiene conocimiento de la vigencia de la póliza de seguro de la demandante, responde: no.

Para que diga la testigo, según su conocimiento, quien es el beneficiario por la póliza de seguro contratado por la demandante, responde: ella yo creo.

Para que diga la testigo, si tiene conocimiento, el plazo para hacer valer el contrato de seguro de la demandante, responde: no sé.

Para que diga la testigo, si tiene conocimiento, de incumplimientos contractuales con Banco del Estado, responde: no sé.

AL PUNTO CUATRO: Sí. Sé que fue alta. Por el 2013 ó 2014, exactamente no se bien, pero dentro de ese plazo fue.



Repreguntada la testigo para que diga, de que enfermedad padece la demandante, responde: sé que tenía problemas, primero una depresión, después empezó con problemas Alcohólicos y terminó después con problemas psiquiátricos y parece que fueron bastante fuertes.

Repreguntada la testigo para que diga, que efectos causaron dicha enfermedad antes expresada, en la persona de la demandante, responde: termino varias veces hospitalizada. Con problemas familiares, después yo vi al marido, a los años después 2014 más o menos, en invierno y lo vi que estaba con lentes de sol y se levantó el lente cuando vi que su ojo lo tenía completamente cerrado, estaba flaco, después supe que tenía un cáncer terminal y le dieron como dos meses de vida.

Repreguntada la testigo para que diga, si a propósito de esta enfermedad la demandante señora Juana López pudo seguir trabajando, responde: imposible. Repreguntada la testigo para que diga, frente a las preguntas anteriores si ella fue diagnosticada por algún ente público que estableció dicha condición, responde: bueno yo supe que la trataron varias veces en el Hospital, después la trataron el Talca también, no sé qué especialista sería,

AL PUNTO CINCO: No la presenta

AL PUNTO SEIS: Sí. No sé yo escuche que entre 80, algo así.

Repreguntada la testigo, para que precise respecto a su respuesta cuando afirma que la demandante habría sufrido perjuicios por incumplimiento de las demandadas, que precise dicha respuesta y que respecto de donde dice, "no sé yo escuche que entre 80", que precise a que cifra se está refiriendo, responde: en la plaza los vecinos más cercanos de ella comentaron que esta señora empezó a pedir plata por varias parte, tengo entendido que hablaban de prestamistas, no se quienes serán y eso le trajo muchos problemas, porque por tratar de salir de sus deudas seguramente empezó a pedir plata a prestamistas y eso termino por hundirla. Se comentó que entre 80 millones a 100, era lo que había perdido.

Contrainterrogado por la parte demandada Banco del Estado de Chile:

Para que diga la testigo, en qué fecha tuvo conocimiento de esos supuestos prestamos, responde; no sé si fue a fines de 2013 o a principios de 2014.

Contra interrogación de la parte demandada Metlife Chile Seguros de Vida:

Para que diga la testigo, como le consta o quien le dijo que la demandante habría perdido entre 80 y 100 millones, responde: no me consta es lo que se comentaba en la plaza. Entre los vecinos.

AL PUNTO SIETE No la presenta

AL PUNTO OCHO: Sí, ella me dijo que si, fue lo que me comentó, que estaba el seguro.

Repreguntada la testigo para que diga, si la demandante, habría recurrido a algún profesional o servicio público para acreditar esta situación anterior, responde: al hospital,

Contrainterrogado por la parte demandada Banco del Estado de Chile:



Para que diga la testigo, en qué fecha la demandante le comento que estaba cubierto por el seguro, de acuerdo a su palabra, responde: me lo comento, pero no recuerdo exactamente fecha,

Para que diga la testigo, si tiene su conocimiento si la demandante si informó a la institución sobre su enfermedad y la fecha, responde: sé que fue al banco e informo, pero fecha:, no sé.

Para que diga la testigo, si esta información fue dentro de los últimos tres años, responde: antes de los tres años.

2.- Don CARLOS PATRICIO IBÁÑEZ HERNÁNDEZ, run. N°16.463.337-3, soltero, mecánico, población don Sebastián, calle 1 casa 188, Parral.

AL PUNTO UNO: No lo presenta.

AL PUNTO DOS: No lo presenta.

AL PUNTO TRES: No lo presenta.

AL PUNTO CUATRO: Bueno de repente, cuando voy para allá, una vez la vi que llego la ambulancia y me dijo el caballero que tenía que salir y fue con ella al hospital. Yo termine de hacer mi trabajo deje el vehículo, me fui a mi casa y me llamo para cancelarme lo que le cobraba por el trabajo. Como trabajo a domicilio, otros vecinos me dijeron que la señora estaba mal y ahí empecé a averiguar que le había pasado y me dijeron que había un seguro del banco estado y no le habían pagado, que no había respondido como tal y que por eso estaba mal la señora. Otras oportunidades cuando yo he ido, la señora estaba como ida, de repente me saludaba, de repente no, de repente por la ventana me miraba feo y ahí don José me decía que me preocupara de la camioneta no más, que no la tomara en cuenta, de repente daba miedo las mirabas que daba la señora. En otras oportunidades yo he ido a trabajar o a veces le decía que me llevara el vehículo para la casa de repente la señora andaba como ida, me daba miedo que tomara un palo, porque de la cabeza estaba mal. Eso es lo que yo sé. Ahora ya no está tanto como antes, por ejemplo saluda de buena forma.

Repreguntado el testigo para que diga, cuando fue el suceso que llego la ambulancia al domicilio donde estaba trabajando, para que diga que fue lo que vio en relación a la demandante señora Juana López Vallejos, responde: bueno yo estaba revisando la camioneta, me enderezo y miro hacia afuera y estaba la ambulancia, y ahí veo a don José que iba corriendo para adentro ayudando al paramédico a sacarla con la camilla, don José me dice maestro, voy al hospital y vuelvo, bueno, le dije, vaya no más, después yo cerré la camioneta y me fui. No me acuerdo exactamente qué fecha fue, tiene que haber sido 2011, entre enero y julio.

Contrainterrogado el testigo para que diga, si conoce el diagnóstico de la señora López Vallejos responde: lo que yo sabía, lo que yo vi que estaba como enferma de la cabeza, no estaba normal, no era una persona normal. Después le pregunte a don José y algunos vecinos, que le pasaba a la señora, y me respondieron que tenía una invalidez, pero era algo de la cabeza, que estaba enferma de la cabeza



Contrainterrogado el testigo para que diga, si conoce el tratamiento de la señora López, responde: No. No sé, porque yo se cosas por los vecinos y me daba cosa preguntarle a don José. Yo le prestaba servicios a él no más, no soy nada del como para saber más a fondo las cosas que le pasaron a ella.

AL PUNTO CINCO: No lo presenta.

AL PUNTO SEIS: No lo presenta.

AL PUNTO SIETE: No lo presenta.

AL PUNTO OCHO: No lo presenta.

3.- Don RODRIGO ANDRÉS CASTILLO CISTERNA, run N°15.696.701-7, soltero, soldador, domiciliado en Avda. Delicias sur N°74, Parral.

AL PUNTO UNO: No lo presenta.

AL PUNTO DOS: No lo presenta.

AL PUNTO TRES: No lo presenta.

AL PUNTO CUATRO: No sé hasta qué punto es efectivo eso, producto del trabajo yo vi cosas que pasaron en ese momento, en dos oportunidades llego ambulancia a buscarla y yo le pregunte a don José que le pasaba y don José me decía que hiciera mi trabajo no más y yo seguía haciendo mi pega y con los días el me comento que la señora tenía problemas psicológicos y psiquiátricos y tenía que llevarla al hospital, a veces la ambulancia venía a buscarla, incluso a veces la señora me echaba de la pega, yo le decía porque si estaba haciendo bien mi pega yo me iba y después me decía don José que tenía trastorno bipolar y que tuviera paciencia para poder temblar. En ese instante el mismo vecino me estaba contratando para el mismo trabajo, ella se enojó con ellos me estaba retando a mí, en el momento llego don José, me dijo que no le hiciera caso que tenía una enfermedad psicológica de trastorno bipolar, que a veces andaba bien y otras veces andaba mal y ahí se terminó el trabajo y seguí haciendo al vecino, el mismo diseño y me retaba y me decía que don José me había pagado para que le hiciera a él ese tipo de modelo y yo se lo estaba haciendo a su vecino. Yo conversé con la dueña, del vecino y que también la había palabreado a ella y que tenía problemas, pero no sabía qué tipo de problemas.

SÉPTIMO: Que la parte demandada Banco Estado, en apoyo de sus alegaciones acompañó a estos autos la siguiente prueba documental:

1. Solicitud Única de Contratación, Mandato (s) y Propuesta de Seguro (s) “Crédito Consumo Protegido”, suscrito por la actora de autos el 14 de mayo de 2008 y vinculado a crédito por \$2.664.912.
2. Liquidación de otorgamiento de crédito respecto de la demandante, donde se consigna su número, monto, tipo de tasa, intereses, plazo de pago, fecha de contabilización, detalle de seguros contratados conjuntamente con calendario de vencimientos.
3. Formulario de denuncia de siniestro fechado el 19 de noviembre de 2014, a las 13:03:00 hrs., presentado por la hoy demandante donde reclamaba la operatoria de seguro invalidez 2/3 indicando como fecha de siniestro el 18 de agosto de 2011,



adjuntando dictamen de invalidez número 007.0747/2011 de 18 de agosto de 2011, Superintendencia de Pensiones Comisión Médica de la Región de Talca.

4. Carta que remitiera Banco Estado a la demandante de autos el 28 de enero de 2015, informándole que la Compañía de Seguros Metlife había rechazado su seguro, y adjuntando informe de liquidación de 03 de diciembre de 2014, carta remitida a la Sra. López Vallejos el mismo día y otra de 22 de enero de 2015, que también se hiciera llegar a la demandante.

5. Carta de 20 de julio de 2015, enviado por Banco Estado Corredores de Seguros a la Superintendencia de Valores y Seguros, informando sobre el procedimiento de liquidación del seguro de la demandante.

OCTAVO: Que la parte demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A. en apoyo de sus alegaciones acompañó a estos autos la siguiente prueba documental:

1. Copia de carta de fecha 3 de diciembre de 2014, que adjunta de liquidación de siniestro de igual fecha.
2. Copia de las Condiciones Particulares Seguro Colectivo de Desgravamen Póliza N° 490000103.
3. Copia de las Condiciones Generales Seguro de Desgravamen, inscritas en el Registro de Pólizas bajo el Código Pol 2 88 013.
4. Copia de Cláusula de pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez permanente dos tercios, inscrita en el Registro de Pólizas bajo el código CAD 2 97 002.
5. Carta de fecha 22 de enero de 2015, respuesta de apelación de siniestro, dirigida a doña Juana López Vallejos.

NOVENO: Que analizada la prueba rendida en autos, esta sentenciadora tiene por acreditados los siguientes hechos:

1.- Que, con fecha 13 de mayo de 2008, a la demandante se le otorgó un crédito, por parte del Banco del Estado de Chile, por un monto de \$2.664.912, pagadero en 36 cuotas, con vencimiento la primera de ellas el 5 de agosto de 2008, y la última del 5 de julio de 2017.

Este hecho se encuentra acreditado pues las mismas partes en sus presentaciones no lo han discutido, por lo que no resultó controvertido.

2.- Que con fecha 14 de mayo de 2008 se suscribió entre la demandante doña Juana Emelina López Vallejos y el Banco Estado, una Solicitud Única de Contratación, Mandato y Propuesta de Seguro “Crédito de Consumo Protegido”, en donde se establecía como beneficiario del mismo al Banco del Estado de Chile.

Que en el referido contrato, instruyó mandato al Banco del Estado de Chile para que contratara por su cuenta los seguros y/o coberturas que indicaba en la propuesta.



Se establecía, entre otras, una cobertura principal invalidez total y permanente (ITP2/3), con la Compañía Aseguradora Metlife Chile Seguros de Vida S.A., por una suma equivalente al saldo insoluto de la deuda.

Se definía a la invalidez total y permanente 2/3, como la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de enfermedad, accidente o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las “Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones regulado por el D.L. 3500 de 1980”.

La vigencia de la póliza es de dos años desde las 00.00 horas del 01/01/2007 y hasta las 24.00 horas del 31/12/2008, y se renovaba automáticamente.

Establecía en el acápite 15.- denuncia de siniestro y proceso de liquidación, indicando en el punto 15.1 que “el interesado deberá informar a la sucursal de Banco Estado más cercana... para lo cual deberá completar y suscribir el Formulario de Denuncio de Siniestro”, indicando a continuación los documentos que debían adjuntarse en cada riesgo cubierto.

Respecto del plazo para denunciar el siniestro, éste fue establecido en 240 días corridos desde la fecha de ocurrencia del respectivo siniestro.

Este hecho se encuentra acreditado con el documento acompañado por la demandada Banco Estado, de solicitud de contratación.

3.- Que, la hoja 20/20 del contrato referido en el punto 2, señala “He leído y conozco íntegramente el contenido de la propuesta, cuya copia recibo en este mismo acto. Dejo constancia que he obtenido del Corredor asesoría respecto a la naturaleza y alcance de las mencionadas coberturas y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratarlas por su intermedio”. Luego aparece firma ilegible de Banco Estado Corredores de Seguros S.A., Banco del Estado de Chile y Firma Cliente Asegurable.

Estos hechos se encuentran acreditados con el documento acompañado por la demandada Banco Estado, de solicitud de contratación.

4.- Que con fecha 18 de agosto de 2011, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, de la Superintendencia de pensiones, estableció un menoscabo de la capacidad de trabajo de la demandante, de un 70.00% (mayor de dos tercios), aceptando la invalidez definitiva total a contar del 1 de agosto de 2011.

No obstante ello, ya con fecha 9 de marzo de 2009, la demandante había sido diagnosticada con Trastorno Bipolar-Trastorno de personalidad tipo borderline, lo que comprometía su desempeño laboral en forma permanente, e



irreversible, por lo que la referida comisión resolvió que su estado de salud era irre recuperable. Que su enfermedad data desde 1994.

Hecho que se acredita con los respectivos dictámenes de la comisión médica, acompañados por la demandante y el certificado de la médico psiquiatra Maria Soledad Potthoff Cárdenas, de julio de 2011, también acompañado por la demandante.

5.- Que el día 19 de noviembre de 2014, la demandante efectuó denuncia de siniestro, a través de Formulario de denuncia, adjuntando documentos, señalando como fecha de ocurrencia del siniestro la de 18 de agosto de 2011, por la cobertura Invalidez de 2/3.

Dicho denuncia, fue liquidado por la compañía aseguradora, y rechazado con fecha 3 de diciembre de 2014.

Hecho que se acredita con el respectivo formulario, informe de liquidación de siniestro y carta de comunicación a la demandante.

DÉCIMO. Acción ejercida: Que, antes de analizar la prescripción debe establecerse de manera inconcusa la acción ejercida, y que tal como lo señala la demandante en el petitorio de su demanda, esta es la de “incumplimiento del contrato de seguro, con indemnización de perjuicios”, solicitando que la misma sea acogida y se conde a “pagar la suma de ochocientos millones de pesos, más intereses y reajustes, declarando que se le condena al pago de dicha suma, o la que SS. Determine conforme al mérito del proceso, todo ello con costas”.

Que, del libelo se desprende que la acción ejercida es aquella emanada del artículo 1489 del Código Civil, condición resolutoria tácita, y el contrato respecto del cual, señala el demandante, emana esta acción, no es otro que un contrato de seguro.

Al respecto la demandada Banco Estado ha alegado la inexistencia del juicio propuesto por la actora, pues del artículo 1489 citado sólo es posible ejercer la acción de perjuicios, en conjunto con la resolutoria o de cumplimiento forzando, por resultar accesorias a ella.

En cuanto a dicho argumento, esta Juez estima que una interpretación armónica del referido artículo 1489, hace procedente la indemnización de perjuicios como remedio autónomo para el incumplimiento contractual, en tal sentido además lo ha expuesto la Excma. Corte Suprema en autos ROL 192-2010, que en su considerando noveno señala “Que, en conclusión, el actor no estaba en el deber -como lo sustentan los recurrentes- de solicitar la indemnización de perjuicios conjuntamente con la acción de resolución o cumplimiento de contrato, porque una interpretación del contexto en el que se inserta la regla del artículo 1.489, en su relación con el artículo 1.553, ambos de la compilación sustantiva, permite colegir que el contratante cumplidor pudo, a su arbitrio, optar por la acción de reparación de sus perjuicios, con autonomía de las otras dos señaladas peticiones. Esta es la inteligencia que conviene a esta aparente colisión de normas, que



corresponde resolver mediante el artículo 22 del texto del ramo, que prefiere sobre los artículos 19 y 20, atendida la falta de claridad del 1.489, interpretado aisladamente”.

Así las cosas, es que debe rechazarse la alegación de la demandada referida en cuanto a la inexistencia de la acción que pretende la demandante.

UNDÉCIMO. De la prescripción. Que, el mencionado contrato de seguro es aquel indicado en el N°2 del considerando noveno, que fue propuesto y suscrito por las partes el 14 de mayo de 2008, lo que no ha sido, por lo demás controvertido.

Dicho esto, y teniendo en consideración que la legislación concerniente a los contratos de seguro fue sujeta a modificación en el año 2013, por medio de la Ley 20.667, y que la misma se ha invocado –modificada- por el demandante, y no modificada por los demandados, se debe analizar entonces, cual resultaría ser la aquella aplicable en la especie, y por consiguiente, se debe estar a lo dispuesto al efecto en la Ley sobre Efecto Retroactivo de las Leyes.

Así las cosas, y como se ha señalado, lo que se pretende es la declaración de una condena basada en un incumplimiento contractual, y respecto del cual las demandadas han alegado prescripción.

De esta forma, resulta necesario señalar lo establecido por la mencionada ley en sus artículos 22 y 25, el primero de estos indica “En todo contrato se entenderán incorporadas las leyes vigentes al tiempo de su celebración. Exceptúanse de esta disposición: 1º Las leyes concernientes al modo de reclamar en juicio los derechos que resultaren de ellos; y 2º Las que señalan penas para el caso de infracción de lo estipulado en ellos; pues ésta será castigada con arreglo a la ley bajo la cual se hubiere cometido”.

En tanto, el artículo 25 refiere “La prescripción iniciada bajo el imperio de una ley, y que no se hubiere completado aun al tiempo de promulgarse otra que la modifique, podrá ser regida por la primera o segunda, a voluntad del prescribiente, pero eligiéndose la última, la prescripción no empezará a contarse sino desde la fecha en que aquella hubiese empezado a regir”.

Además de lo anterior, debe tenerse presente, que, en primer lugar se aplican las normas y cláusulas que las propias partes hayan convenido en el contrato suscrito por éstas con fecha 14 de mayo de 2008, ello en virtud de lo establecido en el artículo 1545 del Código Civil, que señala "Todo contrato legalmente celebrado en una ley para los contratantes y no puede ser invalidado, sino por consentimiento mutuo o por causas legales".

Ahora bien, teniendo en consideración la falta de estipulación expresa en algunas materias, como la prescripción, se aplican en forma supletoria, las normas especiales que regulan el respectivo contrato de seguro, (de vida, incendio, agrícolas, terrestres y marítimos), y luego las disposiciones especiales relativas a los seguros terrestres -todos aquellos que no son marítimos- contenidas en los artículos 561 a 568 del Código de Comercio. Y, en una tercera categoría de normas corresponde a las disposiciones



comunes a toda clase de seguros terrestres y marítimos, consagrados en los artículos 514 y 560 del mismo cuerpo legal.

Así las cosas, entonces, al caso sublite corresponde aplicar las leyes que se encontraban vigentes al momento de la suscripción del contrato en mayo de 2008, en cuanto a la prescripción por no existir en el contrato mención alguna a ella, se encontraba vigente la norma especial del artículo 568 del Código de Comercio, invocado por las demandadas, que señalaba “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”.

Por lo que, debe establecerse cuándo es que la acción se hizo exigible, para determinar así, el transcurso del tiempo, y si ésta fue interrumpida de alguna de las formas que la ley establece.

Al efecto, se ha tenido como hecho acreditado que la actora fue diagnosticada y se dictaminó su incapacidad para el trabajo, con fecha 18 de agosto de 2011, lo que, según el contrato de seguro determina la invalidez total y permanente, pues en dicha fecha fue evaluada conforme a las normas para evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones regulado por el D.L. 3500 de 1980. Por lo que debe tenerse a dicha fecha como la época del siniestro.

De esta forma, desde el 18 de agosto de 2011 es que empezaba a correr el plazo de prescripción de la acción, la que, según el referido artículo 568, concluía el 18 de agosto de 2015.

Así las cosas, corresponde determinar si operó y cuándo la interrupción de la prescripción, al efecto la ley ha indicado que la prescripción se interrumpe, entre otros, con el ejercicio de la acción, acto que indudablemente manifiesta el propósito de reclamar ante los tribunales un derecho que no se abandona. De esta forma el artículo 2503 del Código Civil dispone que "interrupción civil es todo recurso judicial intentado por el que se pretende verdadero dueño de la cosa, contra el poseedor"; y el artículo 2518 inciso final, determina que la prescripción extintiva "se interrumpe civilmente por la demanda judicial, salvo los casos enumerados en el artículo 2503". Este último precepto es el que señala cuando la demanda no es suficiente para interrumpir civilmente la prescripción adquisitiva. Como consecuencia de esta referencia para que haya interrupción civil deben concurrir cuatro requisitos: 1º demanda judicial; 2º notificación legal de la demanda; 3º que no haya mediado desistimiento de la demanda o abandono de la instancia, y 4º Que el demandado no haya obtenido sentencia de absolución.

En el caso de autos, la demanda se presentó el 21 de julio de 2016, y la misma fue notificada a las partes el 7 de septiembre de ese mismo año, es decir, que la prescripción de la presente acción corrió pura y simplemente sin haber sido ésta interrumpida, pues ello sólo ocurrió el día referido 7 de septiembre de 2016, esto es,



transcurrido en exceso el plazo de 4 años que señala la ley, razón por la cual la excepción de prescripción opuesta por las demandadas debe acogerse.

Que si bien, la demandante en su réplica nada expuso respecto de la excepción de prescripción, no obsta a lo concluido lo dispuesto en el actual artículo 541 del Código de Comercio, que establece como mecanismo para interrumpir la prescripción, el denuncia del siniestro, pues este artículo se encuentra vigente sólo desde la modificación del referido código, ocurrida con fecha de 9 de mayo de 2013, y tal como se señaló, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley sobre efecto retroactivo de las leyes, éste no se encontraba vigente al tiempo de la celebración del contrato.

DUODÉCIMO. Que el resto de la prueba rendida en nada obsta a las conclusiones a las que se arribó, en especial a los hechos acreditados, principalmente la testimonial de la demandante, pues los testigos de ésta no fueron concordantes en sus dichos y demostraron principalmente desconocimiento del caso de autos.

DECIMOTERCERO. Que, acogiéndose la excepción de prescripción, no se emitirá pronunciamiento respecto de las demás alegaciones de las partes, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 170 N°6 del Código de Procedimiento Civil, por ser incompatibles con lo resuelto.

DECIMOCUARTO. Que no se condenará en costas a la demandante, por estimar que tuvo motivo plausible, en la forma, para accionar, principalmente por lo referido en los Oficios Ordinarios remitidos a ella por parte de la Superintendencia de Valores y Seguros.

Y visto además lo dispuesto en los artículos 1545 y siguientes del Código Civil, 512 y siguientes del Código de Comercio y 144, 160, 170, 358 del Código de Procedimiento Civil se declara:

I.- Que **SE RECHAZA**, la objeción de documentos opuesta por la demandada Metlife Chile Seguros de Vida S.A. con fecha 1 de septiembre de 2017.

II.- Que **SE ACOGE** la excepción de prescripción opuesta por las demandadas en sus escritos de contestación, y en consecuencia, **SE RECHAZA**, en todas sus partes la demanda interpuesta en lo principal del escrito de fecha 21 de julio de 2016 por Juana Emelina López Vallejos, asistida por el abogado Robert Gunther Fletcher Alba, en contra de Banco del Estado de Chile, representado por el abogado Eduardo Peñafiel Peña y en contra de Metlife Chile Seguros de Vida S.A., representado por el abogado Felipe Nazar Massuh.

III.- Que no se condena en costas a la perdedora de conformidad a lo expuesto en el motivo tercero, en cuanto a la objeción, y decimocuarto en cuanto al fondo del asunto.

Notifíquese, regístrese dese copia autorizada a la parte que lo requiera y archívese en su oportunidad.

ROL 460-2016-C



Dictó doña **ALEJANDRA AUDILIA CASTRO LEYTON**. Juez Titular.

En Parral, dieciocho de enero de dos mil dieciocho, notifiqué por el estado diario la resolución precedente.



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

A contar del 13 de agosto de 2017, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>