

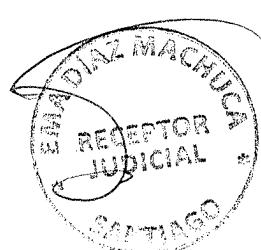
NOMBRE: NICOLAS CANALES PASTUSZYK VON POETSCH
DIRECCIÓN: FLOR DE AZUCENA 111, OFICINA 501 - LAS CONDES
CAUSA: TRIBUNAL ARBITRAL - ROL N° 19-0000000-00000-2019
CARATULADO: SCHISANO / ZURICH
ABOGADO: DANIEL CARRASCO
MATERIA: ARBITRAL
Notifico a ud. lo siguiente:

VISTOS:

PRIMERO: Que consta de fojas 11 que con fecha 17 de julio de 2018 se tuvo por aceptado el cargo por el suscrito quien además juró desempeñarlo fielmente y en el menor tiempo posible. Con fecha 18 de julio de 2018 se dictó una resolución, que rola a fojas 13, dándose por constituido el compromiso, citando a las partes a un comparendo que se llevaría a cabo al quinto día hábil a las 14: 00 horas.

Que a fojas 20 de los autos, consta el acta del primer comparendo, donde se estableció el objeto del arbitraje, las partes, el procedimiento a que se sujetaría, ser un árbitro de derecho y los honorarios del Árbitro y del Actuario.

SEGUNDO: Que a fojas 26 de los autos, se deduce los apoderados de doña Vanessa Schisano Perez y en su representación demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios. Explica que la actora contrató con Zurich Santander Seguros de Vida SA un seguro denominado "Super Seguro Alivio Seguro Familiar" con vigencia desde el 1 de agosto de 2006, renovable automáticamente por periodos anuales. Al contratarlo, la respectiva ejecutiva del Banco Santander que lo ofreció, explico a la actora que se trataba de un seguro catastrófico por los gastos médicos reembolsables de un



evento (costo del asegurado) que superan las 50 U.F., y después de la cobertura de Isapre, Fonasa o algún otro seguro, la compañía reembolsará el total de las sumas de estos gastos, sin deducible. Agrega que la póliza señalaba lo que debe entenderse gasto médico reembolsable, señalando que es la acumulación de los gastos médicos razonables y acostumbrados, efectivamente incurridos, asociados a un mismo evento, entendiendo por razonable y acostumbrado un gasto médico como el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde estas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad, la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados, el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención. Añade que la póliza al momento de su otorgamiento señaló solamente una excepción, esta fue, que los gastos de maternidad solo serían cubiertos luego de un año de vigencia de la póliza.-

Añade que lo anterior se vio reforzado en forma expresa en la misiva emanada de la recurrida dirigida a la recurrente, conjuntamente con las condiciones particulares de la póliza: "Este seguro entrega la mejor protección para enfrentar problemas de salud o accidentes de alto costo. En caso que el monto de los gastos médicos a pagar por el asegurado después de la cobertura de



Isapre o Fonosa y algún otro seguro, sea superior o la franquicia del seguro, la compañía de seguros será quien pague el 100% de los gastos".

Agrega que a nueve años de la entrada en vigencia de la póliza, esto es, el 15 de diciembre de 2015, la demandante debió internarse en Clínica Las Condes, por complicaciones en su embarazo que habían hecho comenzar el proceso de parto en forma anticipada, teniendo en dicha fecha 29 semanas de gestación.. Añade que en dicha Clínica, el equipo médico con una sintomatología del momento que indicaba que se estaba generando un parto prematuro, sabiendo el riesgo de nacimiento de los menores con 29 semanas, determinaron dejarla hospitalizada y aplicar un tratamiento cuyo objetivo fue retardar el nacimiento de los dos infantes, por lo menos hasta las 33 semanas, objetivo que se alcanzó, ya que los menores nacieron por Cesárea el 12 de enero de 2016. Comenta la actora que si no se le hubieren hecho los tratamientos para demorar el proceso de parto naturalmente iniciado, nuestra representada hubiera parido el 15 de diciembre de 2015, con menos de 6 meses de gestación.-

A continuación agrega que la cuenta médica alcanzó la suma de \$34.676.774.- de la cual la Isapre reembolsó la suma de \$3.149.884, por lo que de conformidad a lo señalado en la póliza antes referida, le corresponde pagar a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., la suma de \$31.526.890, cantidad que supera con creces las 50 Unidades de Fomento de contemplada



en el contrato, por lo que procedía que la compañía de seguros pagará la totalidad de dicha suma.-

A continuación se refiere la actora al siniestro señalando que fue denunciado a la compañía el 15 de enero 2016, denuncio que se le asignó el número 175715, quedando el siniestro con el número 126842. Agrega que con fecha 13 de septiembre de 2016, la Compañía emitió informe de liquidación, en el cual separa los gastos en: a) Operación de cesárea: por un valor de atención de \$2.868.494.- con una bonificación de la Isapre de \$1.161.430 y aceptando indemnizar por la diferencia, es decir \$1.707.064 pago que efectuó.- b) Gastos hospitalarios: por \$31.808.280.- con una bonificación Isapre de \$1.988.454.- lo que da una diferencia o copago de \$29.819.626.- que no acepta indemnizar.-

En definitiva de los \$31.526.890 que correspondía como indemnización del siniestro, la compañía solo aceptó pagar en la liquidación mencionada y pagó la suma de \$1.707.064.-

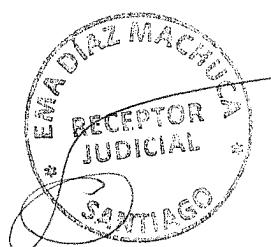
Con fecha 4 de octubre de 2016, se objetó el referido informe, fundamentado principalmente por lo señalado en la cláusula número 7 del contrato que dispone: "sin perjuicio de lo señalado en el artículo 4º letra n) respecto de la exclusión de gastos relacionados con Maternidad, la Compañía Aseguradora acepta reembolsar los gastos médicos hospitalarios relacionados con el parto, ya sea normal o vía cesárea, siempre y cuando la asegurada haya ingresado a



la póliza al menos 1 año antes de la fecha del parto. No habrá reembolso de gastos de maternidad ambulatorios".

Agrega la actora que expuso que los gastos cuyo reembolso se solicitaba se refieren a los gastos de un parto, el que solo por razones médicas se dilató en el tiempo, y por lo tanto habiendo transcurrido con creces el plazo de un año desde la suscripción de la póliza procedía el reembolso del total de lo demandado.- Argumenta que en subsidio a lo anterior, y, sin aceptar que dichos gastos médicos no sean de parto, o que parto es distinto de maternidad para efectos de la póliza, para efectos argumentativos, y en que caso que el tribunal estime que dichos gastos no son de parto, indudablemente son de maternidad, y de maternidad hospitalarios, por lo que están cubiertos por la póliza que sólo excluye los gastos de maternidad ambulatorios.-

Agrega que el 12 de Octubre 2016 ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., representada por su Sub Gerente de Beneficios Vida, informó que "no es posible acoger su reclamo, debido a que los gastos anteriores al 12 de enero de 2016 no cuentan con cobertura, ya que corresponden a gastos de maternidad, sin embargo todos los gastos por cesárea fueron reembolsados conforme a su contrato de seguro, por lo tanto, se mantiene lo resuelto en el informe de liquidación de fecha 13 de septiembre de 2016". Ante la negativa de pagar los gastos la actora con fecha 24 de octubre de 2016 recurrió de protección ante la Corte de Apelaciones de



Santiago, causa que quedó ingresada bajo el Número 115.022-2016, en la cual informó ZURICH SANTANDER SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., alegando que el recurso debía ser desestimado, dado que no es la vía judicial permanente para conocer las diferencias entre asegurado y asegurador, ya que las controversias deben someterse a la decisión de un árbitro designado por las partes o de un tribunal, según sea la cuantía de la causa.

Durante la tramitación del recurso de protección la compañía emitió una nueva liquidación, fechada el 15 de diciembre de 2016, en la cual señala que autoriza el pago de 721,1640 Unidades de Fomento, esto es, el equivalente en pesos a esa fecha a \$18.991.415. Agrega que el 17 de julio del 2017, ante los requerimientos de pago de la suma señalada en dicha liquidación, que debía ser pagada dentro de 6 días siguientes a su notificación en conformidad al a lo dispuesto en el artículo 27 del DS 1055 del Ministerio de Hacienda, la demandada envía una carta en la cual señala que la liquidación en la cual se obliga a pagar 721,1640 Unidades de Fomento, es un error de la empresa y que obedece a una inobservancia operativa, señalando que el documento carece de contenido, y agregan que lamentan los inconvenientes causados, negándose en definitiva a pagar la suma de dinero por ellos liquidados en liquidación efectuada directamente por la compañía.

Cita a continuación la sentencia de la Corte de Apelaciones, de fecha 11 de enero de 2017, causa rol 115.022-2016, considerados 6 y 7, en la que se



establece que carece de sustento la oposición al pago de la indemnización recurrida, ya que la compañía se obligó a reintegrar los desembolsos por hospitalización relacionados con el nacimiento, ya sea normal o cesárea, siempre y cuando la asegurada tuviera más de un año de ingresada a la póliza, requisito que cumplía al momento del parto, condenando a la recurrente a reembolsar los gastos hospitalarios. Agrega que dicha fue revocado por la Excelentísima Corte Suprema, causa rol 3.011-2017, sólo en cuanto a que esta materia no podía ser conocida por la vía de recurso de protección, sino que por vía arbitral.

En cuanto al Derecho, la actora cita el artículo 1489 del Código Civil, pidiendo, se ordene el cumplimiento del contrato por parte de la demandada condenándola a pagar a nuestra representada la indemnización por el siniestro denunciado que corresponde a los gastos médicos señalados, con exclusión de la suma reembolsada por la Isapre, que asciende a la suma de \$29.819.826.- a la fecha de la liquidación efectuada por la demandada en fecha 13 de Septiembre de 2016, o la suma mayor o menor que el tribunal determine.- En subsidio a lo anterior, pide que la demandada sea condenada a pagar la suma de 721,1640 Unidades de Fomento por su valor diario en pesos a la fecha de su pago efectivo, determinada como indemnización por el siniestro en su liquidación efectuada directamente en fecha 15 de diciembre de



2016 y no objetada, en conformidad a lo dispuesto en el artículo 27 del DS 1055 del Ministerio de Hacienda.-

Agrega que el incumplimiento contractual por parte de la demandada al contrato póliza de seguro, ha causado a la actora además del daño emergente constituido por la suma de dinero que debió recibir de pagarse oportunamente, otros perjuicios:

1.-Lucro Cesante Que corresponde a los interés corrientes desde la fecha en que la compañía debió efectuar el pago, y la fecha de su pago efectivo, o desde las fecha y hasta la fecha que el tribunal determine.

2. Daño moral que corresponden al sufrimiento que este incumplimiento ha producido a la actora, incumplimiento que en este caso va más allá que una simple negativa a pagar una suma de dinero, y que para determinar la procedencia de indemnizarlo y su monto debe considerarse que la actora por casi 10 años pagó una póliza, persiguiendo tranquilidad en gastos médicos; que la negativa de pago de la compañía se produjo en un momento especialmente difícil para ella, siendo soltera acababa de ser madre de dos niños prematuros; que la compañía ha usado todos los medios para dilatar este pago, de hecho, ya a sabiendas desde el fallo de la I. Corte de Apelaciones de Santiago; y que su teoría para negarse a pagar carece de todo asidero. Este sufrimiento y las condiciones que los generan hacen que en este caso, la responsabilidad contractual sea generadora de daño moral, cuyo



monto deberá ser fijado prudencialmente por el tribunal en consideración al sufrimiento causado con el incumplimiento, en la suma de \$30.000.000.- o en la suma mayor o menor que se determine. Finalmente pide especial condenación a la contraria, no solo por las razones expuestas precedentemente y que obligó a nuestra representada a pleitear, si no que lo que se persigue en autos es el pago de una indemnización, y como tal para que esta cumpla con su rol reparador debe ser percibida íntegramente por el afectado, rol que no se cumpliría si debiera soportar los costos de las Litis. Pide en definitiva sea acogida la demanda y sea condenada la demandada a pagar los montos antes referidos con costas.

TERCERO: Que a fojas 35 rola contestación de la demanda por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. Señala en primer lugar que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 4 de las Condiciones Generales referidas la póliza "No cubre los gastos médicos señalados en el artículo 2º cuando provengan o se originen por: letra n) Maternidad". Es decir, añade, la póliza excluía los gastos por maternidad de manera principal constituyendo ésta la regla general básica contemplada para asumir el riesgo de salud del asegurado. Agrega que en la cláusula séptima de las condiciones particulares de la póliza, se modificó la cláusula de exclusión de los gastos por Maternidad con el sólo objeto de incluir los gastos hospitalarios relacionados únicamente con el parto. Textualmente en dicha cláusula se dispuso que "Sin perjuicio de lo señalado



en el artículo 4 letra n) respecto de la exclusión de gastos relacionados con Maternidad, la Compañía aseguradora acepta reembolsar los gastos médicos hospitalarios relacionados con el parto, ya sea normal o vía cesárea, siempre y cuando la asegurada haya ingresado a la póliza al menos un año antes de la fecha del parto. No habrá reembolso de gastos de maternidad ambulatorio.”

Sostiene que de ello resulta claro que la póliza no otorgaba cobertura a los gastos por Maternidad y que la única excepción a ello lo constituyó la expresa aceptación de los gastos de parto, sean estos por cesárea o por vía normal.

Más aún fue enfática en señalar que los gastos de parto debían ser bajo hospitalización como también en señalar que los gastos ambulatorios no se cubrían aun cuando incluyesen gastos de parto. Agrega que si como lo pretende la demandante, la aseguradora hubiere querido cubrir todos los gastos de maternidad, entonces no habría tenido que incluir únicamente a los gastos de parto sino que todos aquellos gastos en que se incurre por concepto de maternidad, bastando para ello eliminar la exclusión de cobertura contenida en la letra n) del artículo 4 de las Condiciones Generales de la póliza. Del mismo modo si la Compañía, hubiese querido excluir solamente los gastos ambulatorios por maternidad, simplemente debió incorporar una cláusula que excluyera tales gastos sin ser necesario referirse a los gastos del parto ni al periodo de incorporación previo de la asegurada a la póliza, como lo hizo en la cláusula séptima. Al hacerlo del modo como lo hizo, no cabe duda alguna que



la exclusión de los gastos de Maternidad general solo tuvo como excepción en favor del asegurado, cubrir los gastos de parto y no otros relacionados con la maternidad. Añade que la actora pretende ampliar la cobertura contratada y válidamente aceptada para incluir los gastos de maternidad dirigidos al cuidado suyo como madre y de los fetos, pero que no provienen de las atenciones del parto. Explica que la demandante en su libelo advierte al tribunal que es posible que los gastos que reclama no sean propios de parto, para de esa manera argumentar en subsidio que tales gastos caen bajo la cobertura de gastos de hospitalización, a su juicio plenamente cubiertos por la póliza, ya que su juicio, sólo los gastos médicos ambulatorios estarían los excluidos. Arguye que si la demandante tuviere pleno convencimiento de lo que pide en este juicio arbitral, no habría formulado tal argumentación subsidiaria. Además, sostiene la demandada que los gastos que demanda en estos autos no provienen del parto. Es eso lo que sabe y reconoce la demandante y por lo cual se anticipa en su petición subsidiaria. Ello, porque los gastos derivados de la hospitalización previa al parto incurridos por la demandante producto de su hospitalización el 15 de diciembre de 2015, tuvieron por objeto el cuidado de la maternidad debido al embarazo bicordial que llevaba la actora. Agrega que estos gastos dicen relación con tratamientos, equipos médicos o especialistas e insumos destinados al cuidado de la maternidad y el crecimiento fetal. Así por ejemplo, los gastos en



Doppler arterial, perfiles bioquímicos, exámenes de proteína cuantitativa, entre otros, si bien están relacionados con el embarazo tienen por objeto cuidar a la madre y al crecimiento de los fetos a fin de tener un parto sin consecuencias adversas. En ningún caso tales gastos pueden calificarse como parte del propio parto sea éste normal o por cesárea.

Agrega la demandada que los gastos de parto, entendiéndose por parto el hecho puntual de la expulsión de uno o más fetos maduros y la o las placas desde el interior de la cavidad uterina al exterior, son los únicos gastos de maternidad amparados por el seguro materia de autos. Los gastos de maternidad o cuidados de la madre o del feto, son distintos y separados de los gastos del parto mismo. De hecho podría no haber alumbramiento – parto – si de manera previa muere la madre o el feto. La intención de una hospitalización en un embarazo bicordial, es precisamente permitir la sobrevida de los fetos y el cuidado de la madre a fin de que se logre un parto sin complicaciones.

Agrega que a título de ilustración vale la pena referirse al programa de parto que contempla el Fondo Nacional de Salud “Fonasa”. conforme a este programa son gastos de parto la atención profesional de médico obstetra, de matrona, de anestesista y de pediatra o neonatólogo realizadas durante el parto; los gastos por arsenalera, medicamentos, pabellones quirúrgicos e insumos y la atención de complicaciones propias del parto, la atención del recién nacido y el día cama producto del parto. En cambio, no se consideran



parte del costo del parto los tratamientos por problemas de la madre ni la atención médica producto de partos múltiples, los cuales requieren de un programa médico especial. Enfatiza entonces que el propio sistema de salud estatal separa las prestaciones y gastos que corresponden a un parto de aquellos que no lo son aun cuando digan relación con la maternidad y el embarazo. Esto mismo –sostiene la demandada- es lo que contempla la póliza de autos, la que de manera excepcional aceptó incluir los gastos de parto no así el resto de los gastos por maternidad. Por ello es que la cobertura de gastos de maternidad contenida en la póliza se restringe al costo o gasto directo incurrido en el parto, que en la especie asciende a la suma de 65,0947 unidades de fomento, suma que la Compañía ya pagó al demandante.

En relación al fallo citado por la actora en su libelo, ingreso 115.022-2016, menciona que los considerandos 6 y 7 que cita la actora fueron eliminados por la Corte Suprema y por consiguiente este ultimo tribunal nada concefio a la actora.

A continuación y en relación a la petición subsidiaria de una indemnización por 712, 1640 Unidades de Fomento, señala la demandada que la única decisión oficial y conforme al procedimiento regulatorio de liquidación de siniestro que la Compañía ha tomado en este caso, fue cumplir el contrato respecto de los gastos cubiertos, esto es, los gastos de parto, los que ascendieron a la suma total de UF 65, 0947, y se pagaron al asegurado. Añade que la suma que



reclama en subsidio la demandante no tiene relación alguna con los gastos que reclama como tampoco con la cobertura de la poliza.

Asimismo, la demandada rechaza las pretensiones de indemnización reclamadas por la demandante, demanda un lucro cesante que hace consistir en los intereses corrientes que menciona. Los intereses que demanda la actora no son lucro cesante. Manifiesta la demandada que el que no se indique la razón de la pérdida de la ganancia o lucro, es manifestación clara de que tal perjuicio no existe para el asegurado. El sentido del reembolso de los gastos por parte del seguro, no es otro que restablecer un patrimonio afectado por tales gastos y no cubrir la rentabilidad supuesta de ese patrimonio. Si no se indica en qué consiste el lucro cesante que se demanda –agrega la demandada- , mal se puede determinar la previsibilidad del mismo, condición necesaria para su indemnización, como tampoco se puede establecer la medida para su cálculo. Además, la demandante ni siquiera señala en la parte petitoria de su demanda que reclama tales perjuicios. Así, el reclamo por intereses a que aluden las peticiones concretas son más bien intereses por la mora en el cumplimiento del contrato que una indemnización por lucro cesante. En relación a la demanda de daño moral la demandada también la califica de improcedente. Primero porque no hubo incumplimiento de la aseguradora; segundo, porque ninguna relación existe entre el pago de la prima durante varios años y un supuesto derecho a ser resarcido en la



pretensión del demandante. En este orden de ideas explica que los elementos de la esencial del contrato de seguro sin los cuales no éste no existe o degenera en otro distinto, son el riesgo y la prima. Por una parte el asegurador está dispuesto a asumir el riesgo del asegurado por un periodo de tiempo y el asegurado, por la otra, paga la prima para traspasar dicho riesgo. Vencido el periodo durante el cual el asegurador asumió el riesgo del asegurado, aquel gana irrevocablemente la prima no obstante la falta de siniestro. El siniestro será la realización del riesgo asumido por el asegurador y si éste corresponde al hecho cubierto y se produce en las condiciones descritas en la cobertura y límites de indemnización estipulados, entonces deberá ser indemnizado por el asegurador, obligación condicional del contrato y procedente solo a condición de la concurrencia de los requisitos, condición y términos de procedencia de la cobertura. Así las cosas, fundar el daño moral en el pago de la prima es absolutamente equivocado. Además, la prima se paga mensualmente. La falta de siniestro no condiciona que el ingreso de la prima al patrimonio del asegurador quién ha cumplido su obligación correlativa de asumir mensualmente y con cargo a esa prima, el riesgo del asegurado.

Agrega que tampoco procede la indemnización de daño moral a causa de las dificultades que ha debido pasar la asegurada por ser soltera. Pues no es posible aceptar que tales sufrimientos se imputen a la póliza de seguro. La condición de soltera y madre de niños prematuros es una carga en si misma



que puede o no producir mayor o menor afectación dependiendo las condiciones de la persona que las debe enfrentar, pero jamás serán atribuibles a una póliza de seguros.

Tampoco es sustento para fundar el daño moral que reclama, la dilación que imputa falsamente el demandante a la actora, al decir que con ocasión de dicho recurso la aseguradora está en conocimiento de su obligación de pago en los términos demandados por la señora Schisano. El recurso de protección que interpuso la demandante fue rechazado por la Corte Suprema por lo que es falso que corresponda el pago que reclama el asegurado demandante por la supuesta negativa al pago del seguro.

En relación a los intereses, sostiene que la pretensión del demandante sólo puede ser declarada en la sentencia definitiva ejecutoriada que condene al asegurador al pago de las sumas demandadas, y solo en ese momento se constituirá al deudor en mora y no antes.

CUARTO: Que a fojas 49 replica la actora reiterando lo expuesto en la demanda, esto es, que se internó en Clínica las Condes, por complicaciones en su embarazo que habían hecho comenzar el proceso de parto en forma anticipada, es decir, que se internó por el parto que había comenzado y los tratamientos médicos lo retardaron para que no se produjera en forma inmediata.- Reitera que para el evento que US., considerara que los gastos cuyo reembolso se solicita no sean de parto, o que parto es distinto de



maternidad para efectos de la póliza, reitera que dichos gastos indudablemente son de maternidad, y de maternidad hospitalarios, por lo que están cubiertos por la póliza, ya que sólo excluye los gastos de maternidad ambulatorios.- Respecto del fallo de la Corte Suprema en causa rol 3.011-2017, insiste en que la sentencia se revoca sólo por cuanto se estima, por el voto de mayoría, que esta materia no podía ser conocida por la vía de recurso de protección, sino que por vía arbitral, sin que ningún reproche se le haga a la conclusión arribada en los considerandos 6 y 7 ni a sus fundamentos. También advierte que esta sentencia fue con voto en contra del Ministro Sr. Valderrama, quien estuvo por confirmar la sentencia de la I. Corte de Apelaciones de Santiago.

Sostiene que la demandada incurre en un error al negar la existencia del addendum del informe de liquidación, en que se basa la petición subsidiaria de la demanda, que dispone el pago a mi representada de Unidades de Fomento 721,1640, suma en la que liquida el siniestro, ya que este addendum fechado el 15 de diciembre de 2016, emana de la demandada que efectuó directamente la liquidación del siniestro y fue notificada a la actora mediante misiva emanada de la demandada y firmada por su Subgerente de Beneficios. Añade que si bien no acepta la suma liquidada como indemnización total del siniestro, este addendum al haber efectuado la compañía directamente la liquidación del siniestro, la obliga.



Respecto del Lucro Cesante señala que no requieren prueba alguna y que se generan por el sólo incumplimiento de la obligación, por tratarse de los interés corrientes. En cuanto al daño moral sufrido a consecuencia de la tardanza injustificada en el pago de la cobertura contratada insiste en las circunstancias que lo generaron, sufrimiento que la actora solicita resarcir.

QUINTO: Que a fojas 54 duplica la demandada. Sostiene que en la réplica de la demandante queda en evidencia que el argumento de la contraria, que tiene por objeto darle el mismo tratamiento a los gastos provenientes del cuidado de la maternidad con aquellos resultantes del parto mismo o alumbramiento, es equivocado. Reitera lo señalado en la contestación en cuanto tan pronto como la demandante sostiene que los gastos cuyo reembolso reclama a esta parte deben ser pagados por la Aseguradora por corresponder a una complicación del embarazo y comienzo del parto, luego se desdice para sostener en cambio que tales gastos son solo de maternidad y deben ser cubiertos por haberse incurridos en ellos durante una hospitalización, lo que a su juicio estaría cubierto.

Insiste en dos puntos que considera relevantes: En primer lugar, que el alcance de la cobertura por maternidad solo se extiende a cubrir o reembolsar los gastos propios del parto o alumbramiento del niño, y en segundo lugar, que los gastos que se reclaman en estos autos no son originados por el parto mismo sino que por atenciones del cuidado de la madre y de los fetos, es



decir, gastos de maternidad que se encuentran expresamente excluidos de la cobertura.

Explica que el artículo 4 de las Condiciones Generales de la póliza, según el modelo depositado en la Comisión del Mercado Financiero, ex Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 2 99 003, expresamente excluye los gastos médicos originados por maternidad, sean estos hospitalarios o ambulatorio. La cláusula no distingue y, por tanto, la exclusión aplica a cualquier tipo gasto derivado de maternidad, puesto que es la prestación por maternidad la que no forma parte de la cobertura de la póliza, sea que tal prestación se otorgue de manera ambulatoria u hospitalaria.

Excepcionalmente la póliza permitió a través de la cláusula séptima de las condiciones particulares y en beneficio exclusivo del asegurado, amparar respecto de la maternidad únicamente los gastos médicos hospitalarios incurridos por el parto, sea normal o por cesárea, sin extenderse a todos los gastos de maternidad sino que se limitó a los gastos del parto mismo o del alumbramiento. Reitera que si el asegurador hubiese querido cubrir los gastos de maternidad, simplemente habría eliminado la exclusión completa de las condiciones generales sin necesidad de hacer referencia alguna al parto

En cuanto a la invocación de que Fonasa cubra las complicaciones del parto señala que ellas están referidas a las que se producen durante el parto mismo y no antes ni después de él. El parto, entendido como la separación o



expulsión de un feto maduro desde el útero materno, puede tener complicaciones, como la caída del cordón umbilical. Estas complicaciones son objeto de la cobertura.

Sin embargo, aquellas prestaciones para el cuidado del embarazo, de la maternidad o el feto, no forman parte del alumbramiento o parto, y consecuentemente, dada la exclusión de cobertura contemplada en el artículo 4 de las Condiciones Generales de la póliza y de los términos de la cláusula séptima de las Condiciones Particulares de la misma, no están cubiertas por la póliza de autos.

En otro orden de ideas expresa que la sentencia de la Corte Suprema señaló que la aseguradora no había cometido un acto ilegal o arbitrario y que la demandante no tenía a su respecto un derecho indubitable y preexistente, descartando por completo el supuesto derecho que la contraria cree ver a su favor en la sentencia de la Corte de Apelaciones. DE tal forma –sostiene- no es cierto que los tribunales hayan acogido los fundamentos de la contraria ni menos que hayan dado luces de cómo debe interpretarse la póliza de autos.

Con todo, reconoce que la Corte de Apelaciones de Santiago al fallar en primera instancia el recurso de protección deducido por la demandante, confundió los gastos de cuidado materno con los del parto toda vez que es perfectamente posible separar las prestaciones de uno y otro evento al punto



tal que, en estos casos, es perfectamente posible que una vez hospitalizada la madre no se produzca el parto sino que éste se postergue para otro momento.

Agrega en tal sentido que la propia parte demandante reconoce este hecho y separa las prestaciones al señalar en su carta de impugnación al informe de liquidación de fecha 4 de Octubre de 2016, que ella fue objeto de una hospitalización previa y de un parto posterior. Es decir de dos prestaciones médicas distintas.

Los propios hechos además confirman lo expuesto pues los días 16, 28, 29 y 30 de diciembre de 2015 y los días 10, 12 y 16 de enero de 2016, la demandante fue objeto de diversas prestaciones médicas como exámenes de orina, urocultivos, glicemia, hepáticos y hemogramas que ninguna relación tienen con el parto, sino que están referidos a la madre. Aquellos gastos incurridos el 12 de enero de 2016 con ocasión del parto mismo, fueron completamente acogidos y reembolsados por la aseguradora.

En cuanto al cobro subsidiario de UF 721,1640 conforme a una supuesta oferta de indemnización que le hubiese formulado la aseguradora demandada, ella no es efectiva puesto que el único origen de una oferta indemnizatoria debe provenir del proceso de liquidación de siniestro el que simplemente concluyó en el reembolso de UF 65,0947 en favor de la asegurada.

Insiste en que la actora equivoca sus argumentos en favor de una indemnización del lucro cesante que, en todo caso, siguen siendo difusos y



poco claros pues reclama como lucro cesante unos intereses corrientes desde la fecha en que la compañía debió efectuar el pago, sin señalar el monto sobre el cual se calculan ni el periodo desde el cual deben considerarse tales intereses y, por la otra, sostiene que la pérdida de la legítima ganancia esperada no requiere probarse pues basta con el devengo de los intereses.

Señala que la indemnización por lucro cesante tiene un fin compensatorio de la ganancia no percibida, fundamento que no lo que demanda la contraria, Respecto de los intereses insiste en que solo proceden desde el momento en que una sentencia condenatoria se encuentra ejecutoriada

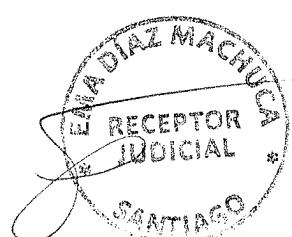
Finalmente para rechazar la indemnización por daño moral, argumenta que el pago de la prima por el seguro no implica la cobertura de todo evento que se denuncie como siniestro por el asegurado; la prima solo garantiza que el asegurador asume por un periodo establecido, determinados y precisos riesgos que, en caso de ocurrir, darán lugar a la indemnización conforme a los términos de procedencia y límites contemplados en la póliza. Aquellos eventos no incluidos dentro de los riesgos asegurados no han pagado prima y no están cubiertos, tal como ocurre en el caso de autos. Además, sostiene que la aseguradora no ha dilatado el pago del siniestro sino que simplemente ha utilizado los derechos que le confiere la ley y el contrato para defender la correcta interpretación de la póliza. En tercer lugar, sostiene que la situación vivida por la demandante, si bien ha sido considerado muy especialmente por



el asegurador, no ha sido determinada por la improcedencia del seguro en los términos demandados sino que proviene del embarazo bicordial que ha debido enfrentar la asegurada en su estado de soltera, situación con que esta parte, por cierto, solidariza.

SEXTO: A fojas 61 rola acta de comparendo de conciliación de fecha 17 de diciembre de 2018 sin resultado positivo. A fojas 63 se recibió la causa a prueba con fecha 25 de abril de 2019, fijándose en ella los puntos de prueba, resolución complementada por la de fojas 69 de fecha 10 de mayo de 2019. A fojas 74 con fecha 5 de agosto de 2019, se tuvieron por acompañados documentos presentados por la parte demandante y que se detallan en el escrito de fojas 74, esto es, carta de bienvenida y copia de póliza 658959, póliza inscrita con código POL 299003, recurso de protección rol 115.022-2016, Adendum de fecha 13 de septiembre de 2016, liquidación de fecha 13 de septiembre 2016, Carta de Compañía Zurich de fecha 12 de octubre de 2016, Liquidación de fecha 15 de diciembre de 2016, carta de Zurich de 17 de julio de 2017, sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago causa rol 115.022-2016 y sentencia Corte Suprema causa rol 3011-2017.

A fojas 266 con fecha 16 de agosto de 2019 se tuvieron por acompañados los siguientes documentos presentados por la demandada: copia simple de Condiciones Particulares de la póliza 658959, copia simple de Condiciones Generales de la póliza 658959, copia simple de denuncio de siniestro de fecha



15 de enero de 2016, copia simple de carta de fecha 19 de enero de 2016 GTV 175715, copia simple de Carta de fecha 20 de enero de 2016 de Zurich Santander Seguros de Vida, Carta de fecha 25 de enero de 2016 por medio de la cual la asegurada hace entrega de informes médicos y exámenes, Copia de Addendum al Informe de Liquidación de fecha 13 de septiembre de 2016, Copia de carta de fecha 4 de octubre de 2016, Copia de carta de respuesta de impugnación de fecha 12 de octubre de 2016 emitida por Zurich Santander Seguros de Vida SA, copia de carta de fecha 19 de octubre de 2016 , copia de Se5t de Antecedentes médicos relativos a la hospitalización por maternidad, copia simple de Programa de Parto que3 contempla FONASA, Código 2501009, copia de articulo medico titulado "embarazo gemelar, copia de sentencia de la Corte de apelaciones de Santiago rol 37635-2015 y copia de sentencia de Corte Suprema rol 3011-2017 en al que revoca la sentencia de al Corte de Apelaciones de Santiago rol 115022-2016.

A fojas 267, rola prueba testimonial realizada con fecha 19 de agosto de 2019..

La parte demandante presenta la testigo doña Marcela Alejandra Castillo Claveria Cedula de Identidad 10.796.304-9 quien legalmente juramentada expone que conoce a la demandante porque fueron compañeras de carrera de vestuario, que se han seguido viendo después aunque la testigo es de Concepción y ella es de Santiago ; que no se reunio antes de esta audiencia que la última vez que se vieron fue en diciembre del año pasado aunque no



recuerda bien; la ve una vez cada ocho meses. No se formulan tachas. Al punto 3, declara que la demandante estuvo mucho tiempo tratando de tener hijos con un alto costo; quedó embarazada y con síntomas de parto fue a la Clínica Las Condes, que los doctores le dijeron que no podía tener las guagüitas porque tenían riesgo vital, eran mellizos. Llegó con 6 meses y medio y en la Clínica los doctores y la enfermera le sugirieron que debía esperar para que no fuera un parto tan prematuro. Estuvo un mes en la Clínica; al mes tuvo a sus dos hijos, estuvieron en incubadora. Agrega que todo esto fue un costo elevadísimo y además sicológicamente estuvo mal; debía acudir a la Clínica a verlos. Añade que la aseguradora no estaba respondiendo; ella cargo con todos los gastos. Todo esto lo sabe porque la fue a ver dos veces y hablaron. Cree que la aseguradora debió haber respondido porque debía pagar todo lo relacionado con el parto. Repreguntada para que dijera cómo afectó a la demandante el hecho que la aseguradora no pagaba responde que la afectó sicológicamente y también laboralmente porque trabajaba en el Banco de Chile y por eso no podía estar en DICOM; por lo tanto debió pedir préstamos para solventar los gastos clínicos para evitar caer en DICOM. Contrainterrogada para que dijera si conoce la póliza de seguros que tenía contratada la demandante responde que no la ha leído y en cuanto al incumplimiento que le atribuye a la demandada, responde que consistió en que no respondió ante el parto y que la demandante le había comentado que



la póliza cubría todos los gastos del parto. A continuación se presenta por la demandante la testigo Ximena Perez Quilodran C de I 6633070-2 quien legalmente juramentada expone que conoce a la demandante porque es su sobrina y ahijada. La demandada tacha a la testigo por la causal del art 358 N° 1 del Còdigo de Procedimiento Civil por ser pariente de la demandante lo que le resta imparcialidad para declarar en la causa. La demandada solicita el rechazo de la tacha atendido a que si bien la norma citada alude a falta de imparcialidad, los parientes son los que mejor conocen los hechos y por ende quienes mejor pueden ilustrar al tribunal. Las nuevas legislaciones en materia laboral, penal y de familia permiten la declaración de los parientes quedando a criterio del tribunal valorar la declaración de los testigos. Esta norma que data del siglo XIX esta tácitamente derogada por el art 19 N° 3 de la Constitución pues no es racional ni justo un procedimiento que impide declarar a quienes mejor conocen los hechos como es alguien de la familia. DE este modo, toda legislación posterior a la Constitución de 1980 no inhabilita a los parientes como testigos, hacerlo seria inconstitucional. Por lo anterior solicito el rechazo en definitiva de la tacha formulada. El tribunal deja la resolución sobre la tacha para definitiva. Respecto al punto 3 de prueba señala que conoce la historia porque vive en Santiago; cuando la demandante tomo el seguro lo hizo, se imagina, para cubrir todos los gastos; agrega que su embarazo fue de alto riesgo porque tenía 43 años; su embarazo fue complicado. Añade que a los 6



meses y medio comenzó con síntomas de parto; partió entonces a la Clinica y en ella vieron que los mellizos venían con dificultades y por lo tanto no podían nacer; les faltaba desarrollo ante lo cual los médicos dijeron que era riesgoso para ella y los niños un parto. Agrega que la dejaron mas de un mes y medio internada lo que significó mucho nervio y estrés para ella y la familia, resultaba incomprendible para ella. Añade que finalmente nacieron y quedaron en la incubadora: el más chico estuvo más tiempo que el otro en la incubadora: eso significaba que debía ir a ver a los niños en la incubadora, lo que significó una enorme cantidad de dinero y se supone que el seguro debía cubrir los gastos de la Clinica. Agrega que cuando ella presento los papeles para el seguro se encontró con la noticia de que no pagaría; y no le dieron las razones técnicas. Precisa que todo esto lo sabe porque iba todos los días a verla y por lo que le ha comentado la demandante aunque dice que no conoce la póliza. Repreguntada, sobre si sabe qué significó para la demandante que la Compañía de Seguros no pagara la póliza responde que el padre de las guaguas estaba sin trabajo; la carga financiera recayó íntegramente en la demandante, estaba desesperada, tuvo que conseguir dinero con parientes pues ella trabaja en un Banco por lo que no podía no pagar la Clínica. Contrainterrogada para declarar si conoce el tipo de seguro o la cobertura que había contratado la demandante, dice que no la conoce. Y en cuanto a si conoció el detalle de los gastos incurridos por la demandante que no le cubrió



el seguro, afirma que la demandante no le dio detalles. Respecto de si sabe cuándo la demandante presentó los gastos incurridos a la aseguradora para su reembolso, responde que no.

Con fecha 4 de septiembre de 2019 se citó a las partes a oir sentencia.

EN CUANTO A LAS TACHAS

SEPTIMO: Que la demandada tacho a la testigo Ximena Perez Quilodran por la causal del articulo 358 N° 1 del Código de Procedimiento Civil. Que, tal como lo hiciera presente la misma demandada en su escrito de observaciones a la prueba, el procedimiento de autos se rige por lo dispuesto en el articulo 543 del Código de Comercio, que, entre otras materias, señala que la prueba se apreciará según las reglas de la sana critica. En tal sentido, este tribunal debe apreciar la prueba rendida sin mas sujeción que la aplicación de dichas reglas, lo que excluye la aplicación de las normas sobre inhabilidad de los testigos, tal como existe en los procedimientos de garantía, laboral o familia, en que no se consideran testigos inhábiles. Por tal motivo se rechazara la tacha deducida.

OCTAVO: Que no existe en estos autos controversia ni en cuanto a los hechos médicos ni en cuanto a las pólizas que regían la relación entre la asegurada y la Compañía de Seguros ni en cuanto a los valores de la cuenta medica derivada de la hospitalización a que se refiere el libelo, todo lo cual aparece además refrendado con la prueba documental aportada por las partes



y detallada en el considerando sexto. De este modo, lo central de la controversia dice relación con un problema interpretativo contractual, para concluir en si acaso la aseguradora demandada cumplió con las obligaciones que le imponían el contrato de seguro singularizado como póliza 658959, emitida conforme a las Condiciones Generales depositadas con el código POL 299003. Con la prueba documental agregada en autos ha quedado acreditado que la demandada pagó los gastos de parto a que se refiere el informe de liquidación. Tanto de la documental como de la declaración de los testigos ha quedado acreditado que además de los gastos propios del parto, la demandante incurrió en gastos médicos antes de él y con posterioridad a él. La cuestión entonces pasa por decidir si los demás gastos en que incurrió la demandante, que la demandada califica como gastos de maternidad, de cuidado de la madre y del feto, quedan o no cubiertos por la póliza, pues, de ser así, existiría un incumplimiento por la demandada, la que en sus presentaciones declara no haberlos pagado.

NOVENO: Que la Póliza POL 299003 en su artículo 4 letra n) señala como exclusión los gastos de maternidad e incapacidades preexistentes (que en este caso no resulta aplicable) y en el No 7 de la póliza 658959 se lee textualmente que sin perjuicio de la referida exclusión, la aseguradora acepta reembolsar "los gastos médicos hospitalarios relacionados con parto, ya sea por vía normal o cesárea, siempre y cuando la asegurada haya ingresado a la

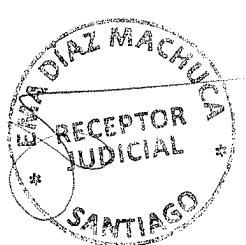


póliza al menos un año antes de la fecha del parto". Y agrega a continuación que se excluyen del reembolso los "gastos de maternidad ambulatorios".

Debe decidirse pues, si los gastos incurridos que la aseguradora no ha reembolsado son o no "gastos médicos hospitalarios relacionados con el parto" y en las afirmativa sui la asegurada ingreso a la póliza con al menos un año de antelación a la fecha del parto; y, en caso de no reunirse copulativamente ambos supuestos, si acaso son gastos de maternidad no ambulatorios. La demandante sostiene que del citado artículo 7 se desprende que en la póliza se entendió que los gastos de maternidad son parte de los gastos médicos hospitalarios relacionados con el parto. La demandada por el contrario, sostiene que los gastos médicos relacionados con el parto se refieren estrictamente a aquellos ocasionados en el proceso del parto.

Desde luego, el artículo 4 letra n antes aludido no excluye gastos de maternidad sino "maternidad e incapacidades preexistentes", de lo que se deduce que la póliza cubre maternidad que no sea una preexistencia.

Que es preciso además no confundir gastos del parto con gastos relacionados con el parto. En tal sentido es ilustrativo el documento de Fonasa rolante a fojas 168 que cabe aplicar en el caso sub lite como elemento de interpretación y que tras definir que es el parto, señala qué incluye y qué atenciones se contemplan como parte de la cobertura de parto, para a continuación excluir tratamiento de problemas médicos presentados por la madre, de



complicaciones del recién nacido ocasionados por prematuridad y atención médica y hospitalaria de partos múltiples. Se incluyen en cambio en la cobertura de parto la atención integral hasta 15 días después de egreso del paciente (entiéndase después del alta tras el parto); la "reparación de lesiones involuntarias" y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes derivadas de la resolución del PAD"

DECIMO: Que desde luego es manifiesto, resulta de la prueba rendida y no se ha discutido la antelación de la vigencia de la poliza en más de un año en relación al parto, que la paciente llevaba más de un año de antelación en relación al parto con la poliza vigente. Que por otra parte, apreciada la prueba rendida conforme a las reglas de la sana crítica lleva a este sentenciador a entender que los gastos de hospitalización a partir del 15 de diciembre de 2015 por la paciente resultaron de un embarazo en que se arriesgaba un parto prematuro de las dos criaturas en gestación; proceso hospitalario relacionado con el parto que incluyendo a este sumo una cuenta de \$34.149.884.- Se trató de gastos de maternidad no relacionados con preexistencia, no ambulatorios y que sin duda caben en el concepto de "gastos médicos hospitalarios relacionados con el parto" pues tenían por objetivo el cuidado tanto de la madre como de las criaturas en gestación, todos protagonistas del parto. Distinto hubiera sido si la respectiva cláusula contractual hubiese aludido a gastos del parto. No resulta convincente



jurídicamente estimar que la frase “gastos hospitalarios relacionados con el parto” obligue a circunscribirlos exclusivamente a los incurridos en los minutos que dura el proceso de expulsión de los fetos del vientre materno. Por lo tanto se acogerá la demanda en cuanto a que la demandada deberá cumplir con el pago de la cuenta hospitalaria deducido los montos ya cubiertos lo que arroja la suma de \$29.819.626.- y para efectos de neutralizar la pérdida de poder adquisitivo deberán pagarse reajustados según la variación del Índice de Precios al Consumidor entre la fecha en que se denunció el siniestro a la Compañía, 15 de enero de 2016 y la fecha de pago con intereses corrientes desde la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia.

UNDECIMO: Que se ha demandado además lucro cesante correspondiente a los intereses de la cantidad que se ha debido pagar, petición a la que no se accederá dado que los intereses constituyen una evaluación legal de la mora y no existe mora de la demandada sino desde la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia. Que por otra parte, si bien hubo prueba testimonial que dice relación con las consecuencias que tuvo haber tenido que pagar la paciente una cuenta médica que no debió haber pagado, no puede calificarse que de ello se haya seguido una aflicción o dolor que deba ser reparado a título de indemnización de daño moral, por lo que también se rechazara la demanda por este concepto.

Que la restante prueba no varía en nada lo que se viene decidiendo.



DUODECIMO: Que incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o estas.

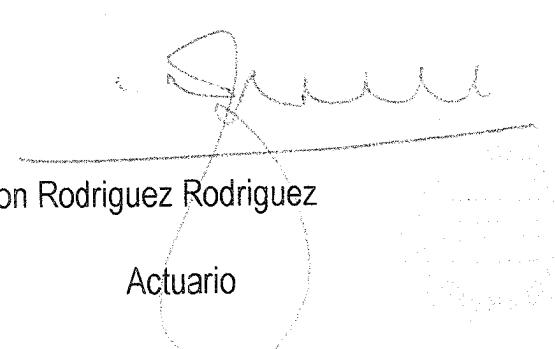
DECIMO TERCERO: Que en virtud de los razonamientos expuestos, y visto además lo dispuesto en los artículos 1545, 1560 a 1566, del Código Civil, 543 y siguientes del Código de Comercio y demás citadas y aplicables, se declara:

- a) que se acoge la demanda interpuesta por Vanessa Schizano Perez en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile SA, en cuanto se condena a la demandada a pagar a favor de la actora la suma de \$29.819.626.- reajustados según la variación del Indice de Precios al Consumidor entre la fecha en que se denunció el siniestro a la Compañía, 15 de enero de 2016 y la fecha de pago con intereses corrientes desde la fecha en que quede ejecutoriada la sentencia.
- b) Que no se condena a la demandada por no haber sido totalmente vencida y haber litigado con motivo plausible
- c) Notifíquese a las partes por cédula.



José Miguel Lecaros Sánchez

Arbitro



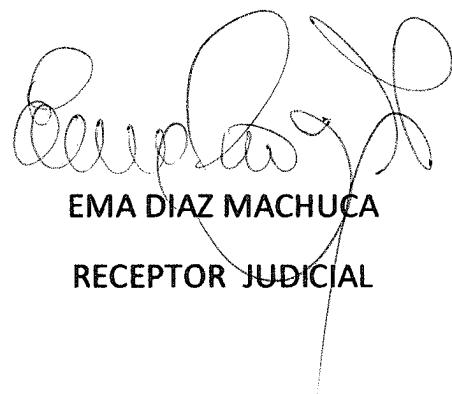
Wilson Rodriguez Rodriguez

Actuario



CONFORME

SANTIAGO, 16 DE Agosto DEL 2020


EMA DIAZ MACHUCA
RECEPTOR JUDICIAL