

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 17° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-16741-2016
CARATULADO : ALBÓNICO / SEGUROS CLC S.A.

Santiago, treinta y uno de Octubre de dos mil diecisiete

Vistos:

Que a fojas 1, comparece doña Constanza Estefanía Vidal Albónico, comunicadora social, domiciliada en calle Pablo de Alcalá N° 10467, comuna de Lo Barnechea, quien interpone demanda de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios en contra de Seguros CLC S.A., sociedad filial de Clínica Las Condes S.A., representada legalmente por don Humberto Mandujano Reygadas, cuya profesión u oficio ignora, ambos domiciliados en Avda. Las Condes N° 11.283, piso 4, torre B, comuna de Las Condes y en contra de la sociedad Clínica Las Condes S.A., representada legalmente por don Gonzalo Grebe Noguera, ingeniero civil, ambos domiciliados en calle Lo Fontecilla N° 441, comuna de Las Condes, en virtud de las consideraciones de hecho y fundamentos de derecho que se exponen.

Manifiesta que su madre doña María Beatriz Albónico Olea, vivió por casi 5 años en la ciudad de Guayaquil, República de Ecuador e indica que el año 2015 su hermano Juan Fernando y ella, tuvieron noticias que se encontraba un poco decaída, atendida la ruptura sentimental con su pareja, y con vértigo por lo que decidieron viajar a dicho país a ver cuál era su real estado de salud.

Relata que al llegar allá el 11 de mayo de 2015, se dieron cuenta que pese a estar delgada y algo descuidada, había sido atendida en un hospital de Guayaquil y se encontraba aparentemente en buen estado de salud. Agrega que para evitar riesgos dado que se trata de una persona de 68 años, decidieron traerla a Chile, a lo cual ella accedió, arribando a Santiago el día 16 de mayo del mismo año.

Hace presente que su madre es viuda y que ella y su hermano son sus únicos hijos.

Expresa que una vez en el país, concurrieron a la Clínica Las Condes, atendiéndola los médicos Gonzalo Gacitúa y Manuel Espíndola, quienes ordenaron su internación a fin de practicarle una serie de exámenes médicos.



Foja: 1

Refiere que estando internada su madre, el 22 de mayo de 2015, entró a la habitación una mujer que se identificó como funcionaria de “Seguros Clínica Las Condes”, quien les ofreció un “seguro de coberturas médicas de la Clínica para accidentes y enfermedad” a favor de su madre.

Expresan que ellos en todo momento pensaron que se trataba de un seguro de la propia Clínica Las Condes.

Tras evaluar las condiciones del seguro, decidieron suscribir ese mismo día el contrato de seguro a favor de su madre, entregando a la aseguradora toda la información que conocían a la fecha respecto del estado de salud de su madre y manifiesta que por tratarse de un seguro de la propia Clínica Las Condes, ellos disponían de toda la información clínica de su madre, más que la que ellos mismos tenían, dado que eran ellos quienes estaban examinando a su madre. Indica que el seguro comenzó a regir el día 28 de mayo de 2015.

Asevera que el 29 de mayo de 2015 su madre fue dada de alta, haciéndole entrega de “Epicrisis e Indicaciones para el Alta”, documento en cuya parte final señala: “Evaluada nuevamente por el neurólogo se descarta causa orgánica para su síndrome vertiginoso y se atribuye a la patología psiquiátrica la causa principal de su sintomatología”. Agrega que por instrucciones del médico tratante, se la derivó a la Clínica San José para el manejo y tratamiento de su patología psiquiátrica.

Indica que el 10 de agosto de 2015, esto es, 3 meses después de haber sido dada de alta, su madre sufrió una descompensación por lo que la trasladaron a Urgencia de la Clínica Las Condes, que era lo conveniente por el seguro contratado en dicha institución y que en este contexto, por orden del médico que la atendió, su madre fue ingresada a la Clínica Las Condes el mismo día 10 de agosto de 2015, oportunidad en que, a su ingreso, señaló cuál era la Isapre con que ella contaba y expresamente el seguro de salud vigente con la misma Clínica, “Vivir Más, Clínica Las Condes”.

Explica que a raíz de dichos exámenes, se le descubrió y diagnosticó un tumor ovárico canceroso, siendo intervenida en dicha oportunidad, diagnosticándosele además un deterioro progresivo de su cuadro vestibular, esto es, de su vértigo. Agrega que el 7 de septiembre de 2015, su madre fue dada de alta, haciéndole entrega de “Epicrisis e Indicaciones para el Alta”, que da cuenta que al ser ingresada a la Clínica en el mes de mayo (antes de suscribir el contrato de seguro), el estudio general de su estado de salud fue normal y no se encontraron elementos objetivos de una alteración vestibular ni cerebelosa, destacando fundamentalmente su trastorno de personalidad. El mismo expresa que se le hizo una resonancia nuclear magnética sin alteraciones. Por último, el informe expresa que estando internada en la Clínica San José comienza a perder la capacidad para deambular y a presentar un deterioro progresivo de su cuadro vestibular.



Foja: 1

Menciona que en octubre del mismo año 2015, en la certeza más absoluta que el seguro contratado se encontraba vigente, y con el cáncer ya diagnosticado, por indicación del médico tratante su madre fue trasladada nuevamente a la Clínica Las Condes para realizarle una gastrostomía, permaneciendo hospitalizada por 5 días hasta que se estabilizó y volvió a la residencia.

Relata que al mes siguiente, esto es, en noviembre de 2015, nuevamente en la creencia de que el seguro contratado se encontraba vigente, trasladaron a su madre a la Clínica Las Condes desde la Residencia Ámbar, ya que presentaba malestares relacionados con una infección urinaria recurrente, manteniéndose hospitalizada 12 días, para luego retornar a la Residencia. Hace ver que siempre entendió que su seguro se encontraba vigente, ya que se le descontaba mes a mes de su tarjeta de crédito la prima del seguro.

Señala que en cada internación de su madre, su hermano suscribía el correspondiente pagaré en blanco, los que supuestamente serían devueltos una vez que operara el reembolso de la Isapre y la consecuente cobertura del seguro.

Afirma que entre todas las hospitalizaciones posteriores a mayo de 2015, la deuda total ascendería a más de \$50.000.000.- pese a que todos los pagarés fueron suscritos en blanco, no sabiendo exactamente las sumas rellenas arbitrariamente por la Clínica.

Relata que el 11 de enero de 2016, esto es, 8 meses después de la primera hospitalización y de haber contratado el seguro, le llegó una carta de Seguros Clínica Las Condes fechada con un año de anterioridad, es decir, tan antedatada que incluso habría sido despachada 4 meses antes que su madre llegara a Chile y que ella contratara el seguro, esto es, el 11 de enero de 2015. Indica que en dicha carta, se le informa el término retroactivo del seguro, argumentando escuetamente que a la fecha de contratación del mismo, esto es, en mayo de 2015, su madre tenía un cuadro progresivo de deterioro cognitivo y de conducta, diagnosticado con anterioridad a su primera internación, por lo que el seguro no reembolsaría los gastos en que incurrieron en agosto de 2015, y los asociados a las hospitalizaciones posteriores, dando además por terminada la póliza e informándole que devolverían el monto que había pagado por las primas hasta esa fecha, cuestión que según dice, al día de hoy no ha sucedido.

Sostiene que el incumplimiento del contrato por parte de Seguros CLC S.A., su responsabilidad, así como la responsabilidad de Clínica Las Condes S.A., se configura desde el momento en que la primera no cubre los gastos asociados a las 3 hospitalizaciones que tuvieron lugar durante el año 2015, esto es, mientras se encontraba plenamente vigente el contrato de seguro suscrito entre las partes y con las obligaciones por su parte total y absolutamente cumplidas.



Foja: 1

Agrega que la Clínica Las Condes no solo los indujo al contrato de seguro, sino que además a internarla en esa clínica y a usar sus profesionales haciéndoles internarla una y otra vez por largos periodos.

Asevera que ellos siempre tuvieron la convicción de que el seguro contratado cubriría las prestaciones, pero que la Clínica jamás les señaló que el mismo no operaría. Asevera que las demandadas están concertadas para este montaje que culmina con la paciente endeudada por la no cobertura del seguro contratado.

Expone que el término del contrato de seguro, y por ende la negativa a pagar las hospitalizaciones de agosto, octubre y noviembre de 2015, proviene de nuevos informes médicos de la propia Clínica, que otorga el seguro a través de Seguros CLC S.A., por lo que no es dable suponer que la aseguradora tomó conocimiento del estado de su madre 8 meses después de la primera hospitalización.

Afirma que con fecha 10 de febrero de 2016, su madre en calidad de beneficiaria del seguro, interpuso ante la Il. Corte de Apelaciones de Santiago, un recurso de protección en contra de Seguros CLC S.A., porque temían por su vida y salud ante la realidad de no poder ingresar nuevamente a la clínica ante cualquier nuevo evento de salud porque no estarían cubiertos y no contaban con los recursos económicos para pagar la clínica.

Refiere que pendiente de resolución del referido recurso, el 19 de febrero de 2016, su madre fue llevada nuevamente a Clínica Las Condes a raíz de una infección broncopulmonar, siendo dada de alta con fecha 27 de febrero del mismo año y que la compareciente suscribió el pagaré en blanco que exige la Clínica para brindar atención médica.

Sostiene que en la especie existió un incumplimiento grave del contrato de seguro por parte de la demandada Seguros CLC S.A., dado que todas y cada una de las hospitalizaciones de agosto, octubre y noviembre de 2015 y febrero de 2016, tuvieron su origen en patologías posteriores a mayo de 2015, época en la que se contrató el seguro, las cuales eran desconocidas o inexistentes, más aun considerando que se trata de alguien lego en materia médica. En este sentido, expresa que la propia epicrisis de la hospitalización de mayo de 2015, da cuenta que no existen antecedentes de alteraciones orgánicas, certificado por los propios médicos de la Clínica Las Condes.

En cuanto al derecho invocado por la actora, afirma que al día de hoy sólo ha oído verbalmente que terminó el seguro, la carta que recibió es de una fecha anterior a la de la suscripción del seguro contratado y por ende no tiene lectura posible. Alega que ha cumplido a cabalidad las obligaciones que emanaban del contrato de seguros y que dio toda la información que poseía al momento de contratarlo, pagando además oportunamente la prima asociada al mismo.

Señala que la principal obligación de la demandada era reembolsar los gastos que no cubriera la Isapre en caso de alguna internación de la



Foja: 1

asegurada, cuestión que la aseguradora se niega hoy a cumplir después de que tuviera lugar la primera hospitalización de su madre en agosto de 2015, estando plenamente vigente el contrato de seguro.

Tras citar el artículo 1489 del Código Civil, manifiesta que se dan los supuestos para que se condene a la demandada a cumplir el contrato y a pagar la indemnización de perjuicios que demanda. Hacer ver que no obstante no haber sido notificada legalmente del término de la póliza, por cuanto la misiva recibida data del 11 de enero de 2015, esto es, 4 meses antes de contratar el seguro, expresa lo siguiente: en primer lugar, en la carta aviso de término se cita como fundamento el artículo 15° de las “cláusulas generales de contratación” en la que se establecen los motivos por los cuales se puede poner término anticipado al seguro. Alega que ninguna de dichas causales es la reseñada por la aseguradora en su comunicado.

Tras citar pasajes de la mentada carta aviso, afirma que se le ofreció un seguro estando su madre hospitalizada, para luego señalarle que dicho seguro ha terminado por las mismas causales por las cuales su madre fue hospitalizada. Agrega que la carta no señala cuál o cuáles son los antecedentes mediante los cuales ha constatado la patología invocada como preexistente, antecedentes que según dice no son otros que la epicrisis elaborada por la propia Clínica Las Condes.

Refiere que la Compañía de Seguros demandada desconoce ser una “filial” de la Clínica Las Condes y en virtud de ello arguye que al contratar el seguro no tenía como evaluar el riesgo en base al diagnóstico efectuado por la Clínica, por ser este de carácter privado, pero que sin embargo, a la hora de dar por terminada la póliza 8 meses después de su contratación, para efectos de negar la cobertura comprometida en el seguro, resulta que sí tiene conocimiento de esa información, abusando con ello de la buena fe de la demandante quien continuó “endeudándose” con la Clínica mediante sucesivas hospitalizaciones de su madre confiada en la existencia del seguro.

Expone que la página web de la Clínica tiene dentro de los links de sus “prestaciones” el seguro Clínica Las Condes; indica que si se llama por teléfono al número de la Clínica, le entregan información respecto del seguro; que las oficinas del seguro están en las mismas dependencias de la Clínica, etc., pero que cuando se trata de responder por un siniestro, la Clínica se desentiende de todo indicando que son personas jurídicas distintas, cuestión a su juicio irrelevante considerando los elementos señalados, siendo por tanto, solidariamente responsable por el incumplimiento contractual que alega.

Sostiene que la propia cláusula 15° establece que para efectos del término anticipado se estará a la norma del artículo 537 del Código de Comercio, la que dispone que la terminación del contrato se produciría a la expiración del plazo de 30 días contados desde la fecha de envío de la respectiva comunicación. Explica que en la especie, si dicho comunicado fuera válido, habría surtido sus efectos el 11 de febrero de 2016, y que en



Foja: 1

ningún caso el término anticipado podría operar retroactivamente como pretenden las demandadas, con el sólo acto de “poner a disposición” lo que se ha pagado en razón de las primas.

Previas citas legales a las que hace mención , solicita tener por interpuesta demanda de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios en contra de Seguros CLC S.A., representada por don Humberto Mandujano Reygadas; y en contra de Clínica Las Condes S.A., todos ya individualizados, acogerla a tramitación y en definitiva declarar que las demandadas deben cumplir el contrato de autos, otorgando la cobertura comprometida y condenarlas además al pago solidario de las sumas solicitadas por indemnización de perjuicios, con los respectivos intereses y reajustes, y al pago de las costas de la causa.

A fojas 17 quarter , consta que con fecha 9 de agosto de 2016, se notificó legalmente la demanda a don Gonzalo Grebe Noguera en representación de la Clínica Las Condes S.A., de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

A fojas 17 sexies, consta que con fecha 9 de agosto de 2016, se notificó legalmente la demanda a don Humberto Mandujano Reygadas en representación de Seguros CLC S.A., de conformidad a lo dispuesto en el artículo 44 del Código de Procedimiento Civil.

A fojas 122, comparece don Juan Manuel Errázuriz Pomés, abogado, por la demandada Seguros CLC S.A., quien contesta la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo, con costas, por los motivos de hecho y de derecho que se exponen.

Manifiesta que su representada es una compañía de seguros creada de conformidad a la legislación vigente, esto es, una sociedad anónima especial, y en consecuencia, una persona jurídica distinta de Clínica Las Condes S.A., que es una sociedad anónima abierta dedicada al giro de las prestaciones de salud, autorizada para operar como hospital por el Ministerio de Salud. Arguye que decir que ambas sociedades son lo mismo constituye un desconocimiento de la legislación vigente, pues una clínica u hospital no puede ser además una compañía de seguros.

Alega que en razón de lo anterior, la Clínica Las Condes S.A., no tiene legitimación pasiva para ser demandada en el presente juicio, ni tuvo participación en los hechos que motivan la demanda.

Acto seguido, niega y controvierte lo expuesto por la demandante, siendo carga de esta última acreditar la efectividad de aquellos. Bajo el título “Antecedentes previos respecto de la Salud de doña María Beatriz Albónico Olea”, señala que ésta es una paciente de 68 años de edad, con antecedentes de tabaquismo crónico y psiquiátricos anteriores a la contratación del seguro, según los datos de la ficha médica de la paciente.

Relata que la Sra. Albónico residió desde fines del año 2014 hasta comienzos del año 2015 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, periodo durante el cual su salud comenzó a deteriorarse, a tal punto que se la



Foja: 1

encontró deshidratada y con signos de desnutrición, siendo hospitalizada en dicha ciudad. En este contexto, sus hijos fueron a buscarla a Ecuador, a fin de traerla a Chile, siendo internada en dependencias de la Clínica Las Condes S.A.

Luego, bajo el título “La celebración del contrato Seguro Integral con Seguros CLC S.A.”, tras explicar las características del contrato de seguro de salud, expresa que previo a la suscripción de aquél, se efectúa por el asegurado una declaración personal de su estado de salud, con indicación de sus enfermedades, a fin de que la compañía aseguradora determine la extensión de los riesgos que asume. Agrega que para la Compañía de Seguros es imposible acceder a la información Clínica de un paciente, pues la ficha médica es un instrumento privado que contiene información personal y confidencial de los pacientes.

Añade que el 22 de mayo de 2015, la Sra. Constanza Vidal Albónico, contrató el “Seguro Integral” de Seguros CLC S.A., cuyas condiciones generales se encuentran en la póliza POL 320150503 (inscrita en la Superintendencia de Valores y Seguros), rigiéndose además por las condiciones particulares y por la propuesta, en este caso N° 113067, que incluye la declaración de salud del asegurable.

Refiere que la futura asegurada, doña Beatriz Albónico, llenó de su puño y letra la propuesta, documento que contiene una declaración personal de su estado de salud, declaración en base a la cual Seguros CLC S.A., evaluó la extensión del riesgo que se iba a asumir. Agrega que el documento denominado “Propuesta de Seguro Integral”, señala expresamente que “Todos los errores, reticencias, inexactitudes en la información entregada facultan al asegurados a rescindir el contrato”. Luego, la Sra. Albónico, en el N° 4, deliberadamente omitió informar ciertas circunstancias de las que posteriormente su parte se informaría al estudiar la ficha médica de la paciente, documento que la compañía de seguros revisa por primera vez al momento de efectuar la liquidación del siniestro. A continuación, detalla lo que habría omitido la Sra. Albónico:

Expresa que en la casilla b) marcó la opción “No” cuando se le preguntó si padecía o había padecido de trastornos del ánimo, depresión, ansiedad, problemas de dependencias a tabaco y otros. Indica que ello es completamente contrario a lo declarado por el hermano de la actora, en el recurso de protección previo a este juicio y que fue rechazado por la Ilma. Corte de Apelaciones de Santiago, quedando plasmado que la Sra. Albónico, se encuentra *“padeciendo problemas de salud de índole psicológico y orgánico, con respecto a ello ya había sido tratada por médicos en Ecuador en donde residió durante cinco años...”*. Por otro lado, en la casilla t) marcó la opción “No” cuando se le preguntó si tenía conocimiento de padecer, haber padecido o estar en estudio alguna enfermedad a la que no se halla aludido en el cuestionario, en



Foja: 1

circunstancias que había sido hospitalizada y tratada en la ciudad de Guayaquil, Ecuador.

Menciona que la Sra. Albónico también omitió información al llenar el documento en el N° 6, al marcar la casilla “No” cuando se le preguntó si fumaba en ese momento o si había fumado con anterioridad, en circunstancias que se informó a su médico tratante que tiene antecedentes de tabaquismo. Agrega que también omitió información al llenar el N° 8, al marcar la casilla “No” cuando se le preguntó en las letras f), g) e i), si alguna vez había requerido hospitalización, si se había efectuado exámenes o si había consultado un médico en los últimos 2 años, en circunstancias que había sido hospitalizada en la ciudad de Guayaquil en Ecuador antes de ser trasladada a Clínica Las Condes S.A.

Hace presente que la propuesta, en su parte final, establece que la Sra. Albónico declara “bajo juramento o promesa la exactitud y sinceridad de las declaraciones expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía. Acepto que una declaración falsa o incompleta demi parte o la negativa a entregar la información referida, faculta a la compañía para poner término anticipado del contrato y la libera del pago del siniestro (...) asimismo acepto que la compañía de seguros apreciará el riesgo sólo sobre la base de la información que en esta declaración de salud entrego, ya que no puede recurrir a revisar mi ficha clínica para estos efectos”.

Dice que en resumen, la Sra. Albónico omitió en múltiples partes de su declaración de salud, información altamente relevante para que su parte evaluara correctamente la extensión del riesgo que asumía al otorgar el seguro, vulnerando con ello normas legales expresas. Sostiene que con una errada apreciación del riesgo como consecuencia de la omisión y reticencia de la Sra. Albónico en declarar su real estado de salud, Seguros CLC S.A., emitió la póliza de seguros “Seguro Integral”, la que tuvo su vigencia a partir del 28 de mayo de 2015.

Bajo el título “carta de fecha 11 de enero de 2016, enviada por mi representada a doña Constanza Vidal Albónico”, señala que con fecha 24 de septiembre de 2015 se denunció el siniestro a la Compañía de Seguros y se solicitó a Seguros CLC S.A., que diera cobertura a las prestaciones médicas y hospitalarias otorgadas por Clínica Las Condes a la señora Beatriz Albónico. Indica que en ese momento, Seguros CLC S.A., tiene acceso por primera vez a la información médica de la asegurada, constatando que existían una serie de condiciones y preexistencias de salud previas a la contratación del seguro, que no fueron informadas por el asegurado en su declaración de salud, lo que impidió a Seguros CLC S.A., pudiera evaluar adecuadamente el riesgo, circunstancias que según dice son: 1) existencia de trastornos del ánimo y problemas psiquiátricos; 2) Padecer o haber padecido enfermedades que no se encontrara en el cuestionario; 3)



Foja: 1

Fumar o haber fumado; 4) Estar injiriendo, a la fecha de suscripción del contrato, medicamentos; 5) Haber requerido de hospitalizaciones (de hecho, a la fecha de celebración del contrato, la Sra. Albónico se encontraba hospitalizada, cuestión que omitió informar); 6) Haberse realizado distintos exámenes médicos no informados en su declaración de salud.

Sostiene que el 11 de enero de 2016, su representada envió a la contratante doña Constanza Vidal Albónico una carta (erradamente signada con fecha 11 de enero de 2015), explicándole que se ponía término al contrato de seguro suscrito por las razones reseñadas anteriormente, informándosele además que se le devolverían las primas pagadas, monto que ascendía a \$442.232.- Asevera que telefónicamente, la Sra. Vidal Albónico, manifestó que no retiraría dicho monto. Destaca que la última vez que la actora pagó la prima del contrato de seguro, fue en el mes de diciembre del año 2015.

En cuanto al derecho invocado por la actora, expresa en primer lugar, que “El término del contrato es válido”, cuyo fundamento es la falsa declaración de salud efectuada por el asegurado. Sostiene que la actora omitió en su declaración de salud de fecha 22 de mayo de 2015, información sobre sus condiciones de salud preexistentes, lo cual consta en un reconocimiento judicial, y por ende de conformidad al artículo 1713 del Código Civil, produce plena fe contra ella. Luego, arguye que como consecuencia de lo anterior, su representada no pudo evaluar correctamente el riesgo, ya que la única forma que tiene ésta para conocer los antecedentes de salud del asegurado es mediante la declaración de salud contenida en la propuesta del seguro, citando al efecto el artículo 590 del Código de Comercio.

Asimismo, bajo el título “Incumplimientos contractuales de la Actora al Contrato de Seguros denominado “Seguro Integral” de Seguros CLC S.A.”, cita la propuesta, en la sección “Declaración del Asegurable”, y los artículos 6 y 7 de las condiciones generales de la póliza, manifestando que en la especie existe un incumplimiento notorio y grave de la asegurada a las obligaciones señaladas en dichos instrumentos legales, cuyo efecto, aceptado por la asegurada, es el término del contrato y el no pago del siniestro.

Luego, bajo el título “Infracción a las disposiciones legales pertinentes y sus efectos”, cita los artículos 512, 521, 513, 524, 525 y 539 del Código de Comercio, y expresa que uno de los elementos esenciales del contrato de seguro, es el riesgo, que puede ser conocido por el asegurador únicamente a raíz de la declaración de salud del asegurable. Agrega que en los hechos, el asegurado, a sabiendas, proporcionó a esta información sustancialmente falsa respecto de su estado de salud, al prestar su declaración de salud, lo cual impidió a su parte evaluar correctamente el riesgo, pues de haberse dispuesto de dicha información no se habría otorgado el seguro.

Por otro lado, hace ver que su representada ha actuado en todo momento con apego al contrato y a la ley, frente al incumplimiento de la



Foja: 1

demandante. Alega la falsedad de lo dicho por la actora en cuanto a que “por tratarse de un seguro de la propia Clínica Las Condes, ellos disponían en ese momento de toda la información clínica de mi madre y aún más, mucha más información que la que nosotros mismos teníamos”, pues el riesgo se conoce y evalúa únicamente a raíz de la declaración del asegurable. Agrega que su representada se encuentra imposibilitada por ley (artículos 12 y 13 de la Ley N° 20.584) para acceder a la ficha médica de la actora.

Asimismo, respecto de la afirmación de la demandante consistente en que “no es dable suponer que la aseguradora tomó conocimiento del estado de su madre 8 meses después de la primera hospitalización”, explica que Seguros CLC S.A., y Clínica Las Condes S.A., son dos sociedades distintas, con giros y actividades diferentes; no por compartir una similitud en el nombre y formar parte de un mismo grupo empresarial, significa que la una tiene acceso a toda la información, exámenes y fichas clínicas de los pacientes de la otra, pues de ser eso así, las demandadas estarían vulnerando toda la normativa vigente respecto del contrato de seguros y de la custodia de fichas médicas. Por otro lado, sostiene que a diferencia de lo que señala la demandante, se le puso término al contrato por cuanto deliberadamente se omitió información relevante en la declaración de salud del asegurado, elemento esencial de todo contrato de seguros.

Concluye señalando que la carta de fecha 11 de enero de 2016 enviada a la demandante, corresponde a la respuesta de Seguros CLC S.A., de poner término al contrato de seguro y es plenamente válida, frente a las omisiones en la declaración de salud del asegurable y al incumplimiento contractual de la actora. Expresa que su representada ha actuado de buena fe, y que pese a que podía retener lo pagado por concepto de primas según lo dispuesto en el artículo 539 del Código de Comercio, informó a la demandante que podía retirar lo pagado hasta el 11 de enero de 2016 por dicho concepto.

En segundo lugar, en subsidio de lo anterior, expresa que “El contrato suscrito por las partes es nulo, de conformidad a lo dispuesto en el Código de Comercio”. Arguye que el asegurado proporcionó información sustancialmente falsa al prestar su declaración, lo que impidió a su parte evaluar correctamente el riesgo, elemento esencial de todo contrato de seguro. Cita el artículo 539 del Código de Comercio, que reza “El contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 524 y se resuelve si incurre en esa conducta al reclamar la indemnización de un siniestro.”

En tercer lugar, alega la “Inexistencia de solidaridad demandada”, manifestando que al ser las demandadas sociedades enteramente distintas, circunstancia que es conocida por la actora al demandar a ambas instituciones separadamente, y porque en su oportunidad recurrió de



Foja: 1

protección sólo en contra de Seguros CLC S.A. Agrega que la demandante, en su escrito de demanda señala que “entró a la misma una mujer, quien procedió a identificarse como funcionaria de Seguros Clínica Las Condes, quien procedió a ofrecernos un seguro”.

Acto seguido, sostiene que en materia contractual, la solidaridad está tratada en el artículo 1511 y siguientes del Código Civil, y que solo puede tener por fuente la convención, el testamento y la ley, lo cual no acontece en autos, por lo que la condena solidaria que busca la demandante no tiene asidero legal.

En último término, afirma que “en autos no se configuran los supuestos necesarios para concurrencia de la responsabilidad contractual demandada”. En este sentido, expresa que si bien es efectivo que entre las partes litigantes existió un contrato de seguro, entre doña Constanza Vidal Albónico y Seguros CLC S.A., siendo asegurada la madre de la primera doña Beatriz Albónico, su representada de conformidad al contrato suscrito y las normas citadas, puso término al contrato de seguro.

Acto seguido, manifiesta que no existe para su representada la obligación de cumplir con el contrato de seguro, dado que la asegurable Sra. Beatriz Albónico, omitió información relevante para la apreciación del riesgo en su declaración de salud, cuestión que trae como consecuencia que la compañía de seguros no asume la obligación de cumplir. Luego, alega que tampoco existe culpa de su representada, aun cuando se determinare la existencia de algún incumplimiento.

Por otro lado, refiere que no existe daño alguno causado por Seguros CLC S.A., y que por el contrario, ésta ofreció a la demandante devolver todo lo pagado por concepto de primas. Sostiene que si bien la actora hizo reserva de acciones, ello no la exonera de su obligación de explicar el daño y acreditarlo. Afirma que no existe daño sufrido por la demandante que tenga su origen en el actuar de Seguros CLC S.A., los cuales deben ser ciertos y directos, lo que no se da en la especie.

Finalmente, postula que no existe relación de causalidad entre el supuesto incumplimiento culpable y los daños demandados, pues fue la actora quien incumplió el contrato de seguro y no su representada.

A fojas 162, comparece don Juan Pablo Pomés Pirotte, abogado, por la demandada Clínica Las Condes S.A., quien contesta la demanda interpuesta en su contra, solicitando su rechazo, con costas, por los motivos de hecho y de derecho que se exponen.

Bajo el título antecedentes previos, manifiesta que Seguros CLC S.A., es una compañía de seguros creada de conformidad a la legislación vigente, esto es, una sociedad anónima especial, y en consecuencia, una persona jurídica distinta de Clínica Las Condes S.A., que no tiene ninguna participación en el presente juicio, ya que el contrato de seguro de autos, no fue suscrito por la referida Clínica.



Foja: 1

Acto seguido, niega y controvierte lo expuesto por la demandante, siendo carga de esta última acreditar la efectividad de aquellos. Luego, señala que doña María Beatriz Albónico Olea, es una paciente de 68 años de edad, con antecedentes de tabaquismo crónico y psiquiátricos, según los datos aportados por la familia a su médico tratante. Relata que la Sra. Albónico residió desde fines del año 2014 hasta comienzos del año 2015 en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, periodo durante el cual su salud comenzó a deteriorarse, a tal punto que se la encontró deshidratada y con signos de desnutrición, siendo hospitalizada en dicha ciudad. En este contexto, sus hijos fueron a buscarla a Ecuador, a fin de traerla a Chile, siendo internada en dependencias de la Clínica Las Condes S.A.

Relata que la Sra. Albónico ingresó por primera vez a Clínica Las Condes el día 16 de mayo de 2015, por una alteración de consciencia. Expone que su hija doña Constanza Vidal Albónico, manifestó que el principal motivo para el traslado de su madre fueron los graves problemas de salud padecidos durante su residencia en Ecuador, los cuales hicieron necesaria su hospitalización en una Clínica de dicho país, en la cual fue tratada por Hipokalemia, practicándosele una serie de exámenes médicos. Destaca que en esa fecha, los propios hijos de la Sra. Albónico manifestaron que su madre padecía de enfermedades psiquiátricos y tabaquismo, consumiendo cerca de 20 cigarros al día hace más de 20 años.

Expone que la Sra. Albónico fue dada de alta el día 29 de mayo de 2015, siendo derivada a una Clínica psiquiátrica (Clínica San José) para su posterior cuidado y evaluación. Reconoce que con fecha 22 de mayo de 2015, personal de la compañía de Seguros CLC S.A., ofreció a la Sra. Albónico la contratación del “Seguro Integral”, vale decir, a la fecha de la declaración de salud de la Sra. Albónico y de la contratación del seguro por parte de su hija, la Sra. Albónico se encontraba hospitalizada en dependencias de Clínica Las Condes, luego se haber sido traída desde Ecuador.

Hace ver que Clínica Las Condes no participa en forma alguna en la contratación de los seguros ofrecidos por la compañía Seguros CLC S.A., a los pacientes de la Clínica. Agregando que las fichas clínicas son documentos que contienen información personal y confidencial de los pacientes, los cuales son celosa y cuidadosamente custodiados en la Clínica de conformidad a la ley. Indica que su representada no figura como parte en ningún contrato de seguro, porque es imposible dado el giro de hospital que detenta, de manera que no puede ofrecer ningún tipo de seguro.

Acto seguido, menciona que durante el resto del año 2015 hasta agosto de 2016, la Sra. Albónico ingresó en reiteradas ocasiones para ser atendida en Clínica Las Condes, con motivo de descompensaciones, un tumor ovárico canceroso, deterioro progresivo de un cuadro vestibular, para la realización de una gastrostomía, infección urinaria, etc. Afirma que en todo momento, su representada otorgó todas las prestaciones médicas y



Foja: 1

hospitalarias atingentes al estado de la paciente, quien libremente en conjunto con sus familiares tomó la decisión de ser atendida en dependencias de su representada.

En cuanto al derecho invocado por la demandada, bajo los numerales I) y II), manifiesta que Clínica Las Condes no es el sujeto ni legitimado pasivo de la acción intentada, dado que es claro que nada tiene que ver con los hechos demandados, pues no es quien ha incumplido el contrato de seguro ni es la persona jurídica obligada a indemnizar los daños reclamados, ya que su representada ni siquiera es parte contratante. Por lo anterior, alega las excepciones correspondientes en razón de que su representada Clínica Las Condes no es sujeto pasivo de la acción, así como la falta de legitimación pasiva de aquella.

En el numeral III), sostiene que Clínica Las Condes no es ni puede ser responsable solidario de los supuestos perjuicios ocasionados a la actora por Seguros CLC S.A., dado que en materia contractual, la solidaridad está tratada en el artículo 1511 y siguientes del Código Civil, no concurriendo ninguna de las fuentes previstas por el legislador, por lo que según dice, opone la excepción de no existir solidaridad entre Seguros CLC S.A., y Clínica Las Condes S.A.

Luego, en el punto IV), postula que no concurre ninguno de los requisitos necesarios para la configuración de la responsabilidad contractual demandada, pues no existe vínculo contractual alguno entre las partes, de manera que opone la excepción de inexistencia de un contrato de seguro entre la demandante y Clínica Las Condes S.A. Como consecuencia de lo anterior, no existe incumplimiento alguno por parte de su representada, pues la no cobertura de los gastos es algo que se atribuye únicamente a la compañía de seguros. Por otro lado, asevera que es falso que la Clínica Las Condes haya inducido a la actora a contratar el seguro en cuestión, así como también que haya inducido a internar a la Sra. Albónico en las dependencias de su representada. Indica que el mentado seguro de salud permitía, en todo caso, a la actora elegir otras Clínicas a lo largo del país, y no sólo Clínica Las Condes, circunstancia que reafirmaría que la internación fue elegida de manera libre y sin coacciones, por lo que opone excepción de inexistencia de incumplimiento por parte de su representada.

Seguidamente refiere que, como consecuencia de lo anterior, no existe dolo o culpa en el actuar de su representada, y que es falso que las demandadas hayan montado una escena para fomentar que los pacientes internados contraten seguros con la compañía Seguros CLC S.A., de manera que opone excepción de no existir imputabilidad respecto de Clínica Las Condes S.A.

En último término, opone las excepciones de no existir los daños reclamados por la actora, así como también, la excepción de no existir relación de causalidad entre los supuestos daños y los incumplimientos demandados.



Foja: 1

Bajo el numeral V), en subsidio de lo anterior, alega que el actuar de Seguros CLC S.A., fue correcto, se ajustó a derecho y al contrato de seguros, por lo que no se otorgó cobertura y se puso término correctamente al contrato. Sostiene que la carta enviada con fecha 11 de enero de 2016, en que Seguros CLC S.A., notifica el término del contrato de seguros suscrito por la actora y le comunica que puede retirar un vale-vista por un monto equivalente a todas las primas pagadas, tiene su fundamento en la falsa declaración de salud efectuada por la asegurada con fecha 22 de mayo de 2015, aludiendo a similares argumentos a los que planteó su demandada Seguros CLC S.A., los cuales se dan por reproducidos. Concluye que la carta de fecha 11 de enero de 2016, enviada a la actora, corresponde a la respuesta de Seguros CLC S.A., de poner término al contrato de seguro es plenamente válida, frente a las omisiones en la declaración de salud del asegurable y al incumplimiento contractual de la actora, los cuales significaron que la compañía de seguros no pudiera determinar correctamente el riesgo, elemento esencial en todo contrato de seguro. Finaliza manifestando oponer excepción de que el actuar de seguros CLC S.A., fue correcto, se ajustó a derecho y a los términos del contrato de seguro, por lo que la negativa de cobertura y el término del contrato de seguro son válidos.

A fojas 179, rola la réplica de la parte demandante, quien ratifica lo señalado en su demanda, haciendo presente además que la similitud entre las contestaciones de demanda, sería un ejemplo de que más allá de lo jurídico y que tienen personalidad jurídica distinta, en los hechos operan como una sola entidad. Agrega que su representada fue engañada al firmar el contrato de seguro, pues nadie le mostró las escrituras sociales que reflejaran que contrataba con una entidad distinta a la Clínica Las Condes.

Indica que no se trata de un seguro médico cualquiera, ofrecido por una entidad total y absolutamente ajena a Clínica Las Condes, sino de un seguro que sólo cubre las atenciones en dicha institución.

Finalmente, hace presente que la demandante no tenía conocimiento del real estado de salud de su madre, sino hasta conocer los resultados de los exámenes, todos con posterioridad a la suscripción del seguro. Por otro lado, arguye que las propias demandadas señalan que la Sra. Albónico tenía claros trastornos psiquiátricos, de manera que malamente se podría exigir de una persona con dichas características que emita una declaración jurada sobre su estado de salud, menos a su avanzada edad y condición de salud.

A fojas 182, la demandada **Seguros CLC S.A.**, evacuó el trámite de dúplica, reiterando los argumentos plasmados en su contestación de demanda, manifestando además, en lo relativo a la réplica de la actora, que bastaba que ésta diera un vistazo a los documentos suscritos y al contrato firmado, para darse cuenta de que en el contrato la empresa aseguradora era Seguros CLC S.A., y no Clínica Las Condes S.A. Alega que también es



Foja: 1

falso que el seguro sólo otorga cobertura en Clínica Las Condes, pues también lo hace en otros prestadores de salud.

Por otro lado, afirman que es imposible que la actora desconociera el estado de salud de su madre, pues sus hijos reconocieron que la trasladaron a Chile para darle tratamiento por encontrarse en una precaria condición de salud. Luego, sostiene que el hecho que la Sra. Albónico presentara trastornos psiquiátricos, no significa que al momento de suscribir el contrato de seguro fuera incapaz, sino que ésta omitió deliberadamente dar cuenta de sus antecedentes de salud en su declaración jurada.

En último término, expresa que de conformidad al artículo 312 del Código de Procedimiento Civil, amplía las excepciones de falta de legitimación activa y falta de sujeto activo. Refiere que doña Estefanía Constanza Vidal Albónico no tiene legitimación activa para demandar en autos, pues el titular de la acción de cumplimiento e indemnización es doña Beatriz Albónico, no su hija, pues el daño recae en aquella, como asegurada y beneficiaria. Expresa que la circunstancia de haber suscrito la Sra. Vidal Albónico, distintos pagarés para cubrir gastos de salud de su madre, no significa que el daño que se reclama le pueda haber sido causado a ella. Agrega que Clínica Las Condes, mediante estos pagarés, garantiza de conformidad a la Ley N° 20.394 el cumplimiento de la obligación de pago de los pacientes por las prestaciones médicas y hospitalarias otorgadas.

Concluye que la Sra. Vidal Albónico podría exigir a su madre que le devuelva lo pagado por este concepto, pero que no siendo representante legal de su madre, no puede solicitar a nombre de ella, como la asegurada del contrato, el cumplimiento del mismo o indemnización alguna.

A fojas 185, rola la dúplica de la demandada Clínica Las Condes SA, reiterando los argumentos plasmados en su contestación de demanda, manifestando además, en lo relativo a la réplica de la actora, que la demandante no revisó el contrato de seguro en que consta que las partes son la Sra. Beatriz Albónico como asegurada y beneficiaria, la Sra. Estefanía Vidal como contratante, y Seguros CLC como asegurador, de manera que nada tiene que ver en el contrato la Clínica Las Condes. Alega que también es falso que el seguro sólo otorga cobertura en Clínica Las Condes, pues también lo hace en otros prestadores de salud.

Por otro lado, afirman que es imposible que la actora desconociera el estado de salud de su madre, pues sus hijos reconocieron que la trasladaron a Chile para darle tratamiento por encontrarse en una precaria condición de salud. Luego, sostiene que el hecho que la Sra. Albónico presentara trastornos psiquiátricos, no significa que al momento de suscribir el contrato de seguro fuera incapaz, sino que ésta omitió deliberadamente dar cuenta de sus antecedentes de salud en su declaración jurada.

En último término, expresa que de conformidad al artículo 312 del Código de Procedimiento Civil, amplía las excepciones de falta de legitimación activa y falta de sujeto activo. Refiere que doña Estefanía



Foja: 1

Constanza Vidal Albónico no tiene legitimación activa para demandar en autos, pues el titular de la acción de cumplimiento e indemnización es doña Beatriz Albónico, no su hija, pues el daño recae en aquella, como asegurada y beneficiaria. Expresa que la circunstancia de haber suscrito la Sra. Vidal Albónico, distintos pagarés para cubrir gastos de salud de su madre, no significa que el daño que se reclama le pueda haber sido causado a ella. Agrega que Clínica Las Condes, mediante estos pagarés, garantiza de conformidad a la Ley N° 20.394 el cumplimiento de la obligación de pago de los pacientes por las prestaciones médicas y hospitalarias otorgadas.

Concluye que la Sra. Vidal Albónico podría exigir a su madre que le devuelva lo pagado por este concepto, pero que no siendo representante legal de su madre, no puede solicitar a nombre de ella, como la asegurada del contrato, el cumplimiento del mismo o indemnización alguna.

A fojas 188, se llevó a efecto la audiencia de conciliación ordenada en autos, con la asistencia de la apoderada de la parte demandante y en rebeldía de los demandados.

Llamadas las partes a conciliación, ésta no se produjo por la rebeldía ya señalada.

A fojas 189, se recibió la causa a prueba por el término legal, rindiéndose la que obra en autos.

A fojas 317, se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que en estos autos, comparece doña Constanza Estefanía Vidal Albónico, quien interpone demanda en juicio ordinario de mayor cuantía en contra de Seguros CLC S.A., y de Clínica Las Condes S.A., ambas debidamente representadas, a fin de que se condene a éstas, solidariamente, a cumplir con el contrato de seguro tomado con fecha 22 de mayo de 2015, y que habría sido terminado injustamente y en forma unilateral por la compañía de seguros demandada, y que ambas empresas le indemnicen los perjuicios provenientes del incumplimiento de dicho contrato, cuya especie y monto solicita se discuta en la etapa de cumplimiento del fallo, todo ello en virtud de los argumentos reseñados en la parte expositiva de la presente sentencia.

SEGUNDO: Que compareciendo a la instancia la demandada Seguros CLC S.A., solicitó el rechazo de la demanda, con costas, oponiendo excepción de falta de legitimación activa fundado en que la demandante Sra. Vidal no es la titular de la acción de cumplimiento e indemnización, pues el daño recae en su madre la Sra. Albónico quien es la asegurada y beneficiaria del seguro contratado. Acto seguido, hace ver la falta de legitimación pasiva de la Clínica Las Condes, manifestando que ambas demandadas, si bien comparten el nombre y forman parte de un mismo



Foja: 1

grupo empresarial, tienen giros y actividades diferentes, de manera que la referida Clínica no forma parte de la relación contractual derivada del contrato de seguro de autos. Por otro lado, sostiene que la decisión de terminar el contrato de seguro, no dando cobertura a la asegurada, se fundó en que la Sra. Albónico omitió en múltiples partes de su declaración de salud, información relevante para la evaluación de la extensión del riesgo a cubrir, vulnerando con ello la normativa legal vigente.

En subsidio de lo anterior, postula que el contrato de seguro es nulo de conformidad al artículo 539 del Código de Comercio, fundado en la falsa declaración de salud proporcionada por la asegurada. También alega la inexistencia de la solidaridad demandada, pues ésta no emana de una de las fuentes previstas en el artículo 1511 del Código Civil y finalmente, postula que en autos no se configuran los supuestos necesarios para la concurrencia de la responsabilidad contractual demandada.

TERCERO: Que de otro lado, la demandada Clínica Las Condes S.A., también solicitó el rechazo de la demanda deducida en su contra, con costas, oponiendo las excepciones de falta de legitimación activa y pasiva por similares razones y argumentos a los que fueron reseñados por su co-demandada y que fueron expresados en el motivo anterior.

Asimismo, opone una serie de excepciones perentorias que redundan en la falta de los presupuestos de la responsabilidad contractual reclamada, incluyendo la ausencia de solidaridad de las demandadas en materia contractual. En subsidio de lo anterior, alega que su co-demandada actuó de manera diligente, y que la terminación del contrato de seguro se ajustó a derecho, toda vez que fue la asegurada quien omitió información relevante en su declaración de salud que impidió a la compañía aseguradora, evaluar adecuadamente la extensión del riesgo a cubrir.

CUARTO: Que no existe controversia entre las partes litigantes, en cuanto a que con fecha 22 de mayo de 2015, doña Constanza Estefanía Vidal Albónico, contrató el “Seguro Integral” de Seguros CLC S.A., en circunstancias que se encontraba internada en la Clínica Las Condes quedando como asegurada y beneficiaria del mismo su madre doña María Beatriz Albónico Oléa, quien a esa fecha se encontraba hospitalizada y a quien le fue ofrecido el mencionado seguro de salud.-

QUINTO: Que en consecuencia, corresponde determinar si en la especie, concurren los presupuestos de la responsabilidad civil contractual, y si resulta procedente la acción de cumplimiento del contrato de seguro tomado por la actora con fecha 22 de mayo de 2015, así como los requisitos de la acción indemnizatoria, sin perjuicio de la reserva efectuada por la demandante de conformidad a lo previsto en el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil.

SEXTO: Que el Título VIII del Libro II del Código de Comercio, denominado “Del contrato de seguros”, en su Sección Primera establece normas comunes a todo tipo de seguros, cuyo artículo 512 expresa: “Por el



Foja: 1

contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufiere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas. Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte sino que también la sobrevivencia constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro. Las normas de este título rigen a la totalidad de los seguros privados. No son aplicables a los seguros sociales, a los contratos de salud regulados por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, ni al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”.

El artículo 588 del mismo Código, señala que “Son seguros de personas los que cubren los riesgos que puedan afectar la existencia, la integridad física o intelectual, la salud de las personas y los que garantizan a éstas, dentro o al término de un plazo, un capital o una renta temporal o vitalicia”. Agregando el inciso final, “Por el seguro de salud, o las modalidades de otros seguros que incluyan dicha cobertura, el asegurador se obliga a pagar, en la forma estipulada en el contrato, los gastos médicos, clínicos, farmacéuticos, de hospitalización u otros en que el asegurado incurra, si éste o sus beneficiarios requiriesen de tratamiento médico a consecuencia de enfermedad o accidente”.

SEPTIMO: Que luego, como se dijo en el motivo cuarto, no existe controversia en cuanto a que con fecha 22 de mayo de 2015, las partes litigantes de autos celebraron un contrato de seguros “Seguro Integral” de Seguros CLC S.A., de naturaleza privada, y que en consecuencia, se rige por las disposiciones contenidas en los artículos de dicha póliza incorporadas al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2015 0503, y a las normas legales de carácter imperativo establecidas en el título VIII del Libro II, del Código de Comercio (artículo 1°: Reglas aplicables al contrato).

OCTAVO: Que luego, en lo que resulta relevante para la presente litis, el artículo 513 del Código de Comercio, dispone que “para los efectos de la normativa sobre seguros se entenderá por: a) Asegurado: aquel a quien afecta el riesgo que se transfiere al asegurador; b) Asegurador: el que toma de su cuenta el riesgo; c) Beneficiario: el que, aun sin ser asegurado, tiene derecho a la indemnización en caso de siniestro; f) contratante, contrayente o tomador: el que celebra el seguro con el asegurador y sobre quien recaen, en general, las obligaciones y cargas del contrato; p) Póliza: el documento justificativo del seguro; q) Propuesta: la oferta escrita de contratar el seguro, formulada al asegurador por el contratante, el asegurado o por un tercero a su nombre; s) Prima: la retribución o precio del seguro; t) Riesgo: la eventualidad de un suceso que ocasione al asegurado o beneficiario una



Foja: 1

pérdida o una necesidad susceptible de estimarse en dinero; x) Siniestro: la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato”.

NOVENO: Que en la especie, la actora doña Constanza Vidal Albónico, tiene la calidad de contratante del seguro sub-lite, y de otro lado, la compañía Seguros CLC S.A., detenta la calidad de asegurador, mientras que la asegurada es doña María Beatriz Albónico Oléa, madre de la contratante. Asimismo, el denominado “Seguro Integral” tendría por objeto, la cobertura consistente en el reembolso de los gastos médicos que indica la póliza, y bajo las condiciones que también allí se señalan.

DECIMO: Que dentro de las obligaciones del asegurado (artículo 524 del Código de Comercio) se encuentran: “1°. Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos”. Luego, el artículo 525 prescribe que “para prestar la declaración a que se refiere el número 1 del artículo anterior, será suficiente que el contratante informe al tenor de lo que solicite el asegurador, sobre los hechos o circunstancias que conozca y sirvan para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo.

Por su parte, el artículo 590, prescribe que “El asegurador sólo podrá requerir antecedentes relativos a la salud de una persona en la forma establecida en el artículo 525, pudiendo solicitar la práctica de exámenes médicos de acuerdo a lo establecido en la ley”.

Finalmente, el artículo 591 establece que “Sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor”.

DECIMO PRIMERO: Que de otro lado, la principal obligación del asegurador es indemnizar el siniestro cubierto por la póliza, estableciéndose una presunción de que éste ocurrió por un evento que lo hace responsable, sin perjuicio que puede acreditar que el siniestro ha sido causado por un hecho que no lo constituye en responsable de sus consecuencias, según el contrato o la ley (artículos 529 N° 2 y 531 del Código de Comercio).

Como contrapartida, el inciso segundo del artículo 596, señala que “Para todos los efectos legales, el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar del asegurador la prestación convenida”.

DECIMO SEGUNDO: Que a fin de acreditar lo correspondiente, la parte demandante, rindiendo prueba, acompañó los siguientes documentos: 1) a fojas 244, copia simple de Mandato de autorización de cargo en tarjeta de crédito suscrito por Estefanía Vidal Albónico a favor de Seguros CLC., de fecha 22 de mayo de 2015; 2) a fojas 245, copia de Informe de Evaluación neuropsicológica relativo a la paciente María Beatriz Albónico Oléa, emitida por la psicóloga doña Carolina Pérez Jara en el mes de mayo de 2015; 3) a fojas 249, copia simple de Carta de fecha 11 de



Foja: 1

enero de 2015 expedida por Seguros CLC S.A., a doña Constanza Vidal Albónico; 4) a fojas 253, Epicrisis e Indicaciones para el Alta de la Paciente María Beatriz Albónico Oléa, emitida por la Clínica Las Condes con fecha 29 de mayo de 2015; 5) a fojas 254, Epicrisis e Indicaciones para el Alta de la Paciente María Beatriz Albónico Oléa, emitida por la Clínica Las Condes con fecha 7 de septiembre de 2015; 6) a fojas 255, Epicrisis e Indicaciones para el Alta de la Paciente María Beatriz Albónico Oléa, emitida por la Clínica Las Condes con fecha 19 de octubre de 2015; 7) a fojas 256, Epicrisis e Indicaciones para el Alta de la Paciente María Beatriz Albónico Oléa, emitida por la Clínica Las Condes con fecha 7 de diciembre de 2015; 8) a fojas 257, copia de Póliza de Seguro N° 201502702, suscrito por doña Estefanía Vidal Albónico a favor de doña María Beatriz Albónico Oléa, de fecha 28 de mayo de 2015; 9) a fojas 273, copia simple de Acta de Diligencia emitida por el Notario Público de Santiago don Humberto Santelices Narducci con fecha 18 de mayo de 2017.

DECIMO TERCERO: Que asimismo, la demandante rindió la prueba testimonial que rola a fojas 232, consistente en las declaraciones de don Esteban Daniel Basaez Miranda, doña Anneliese Nelly Rosalina Schemke Morales, doña Ana Isabel Cruzat Godoy y doña Macarena Soledad Fache del Campo, quienes legalmente juramentados, sin tacha, e interrogados al tenor de la interlocutoria de prueba, manifestaron en síntesis y en lo pertinente lo siguiente:

El primer testigo Sr. Basaez, señaló que vio a la paciente, Sra. Albónico en su primera hospitalización, en mayo de 2015, obteniendo los antecedentes de su ficha clínica y de la historia que la propia paciente le contó, concluyendo que se trataba de una paciente que cursaba un cuadro vertiginoso de larga data, al menos un año, y un trastorno de ánimo. Agrega que en esa evaluación, revisó un examen de resonancia magnética hecha previamente en otro centro, pero que no recuerda fecha y lugar del mismo, y que eso sería la única constancia que tenía la paciente de haber consultado previamente por sus molestias.

La segunda testigo, Sra. Schemke, manifestó ser amiga del hermano de la actora, y que contrató un seguro en la misma Clínica, por lo que le consta que no son dos entidades separadas.

La tercera testigo, Sra. Cruzat, relata que tiene dos seguros en Clínica Las Condes, y que cuando va a la Clínica, por control de su hijo, son las ejecutivas que están en el mismo mesón de atención de pediatría de la Clínica, quienes le dan respuesta a sus consultas. Indica que supone que a la actora le ofrecieron el seguro en Clínica Las Condes. Agrega que no conoce a la compañía de seguros demandada, pues siempre que el seguro le ha hecho reembolso, la Clínica le realiza el descuento en la cuenta final, y que nunca ha hecho un trámite que no sea en caja de cobranza de la Clínica Las Condes.



Foja: 1

La cuarta y última testigo, Sra. Fache, declaró que el seguro en cuestión se contrata dentro de la Clínica, lo cual sabe porque ella es clienta de ese mismo seguro “vivir más”, y que para ella es el seguro de la Clínica Las Condes. Finaliza diciendo que conoce a la Compañía de Seguros demandada, porque tiene el seguro, por lo que debería ser el mismo que tiene la actora.

DECIMO CUARTO: Que por su parte, la demandada Seguros CLC S.A., a fin de acreditar sus alegaciones, acompañó los siguientes documentos en parte de prueba: 1) a fojas 50 y ss., copia de escrito “Recurso de Protección” presentado por Juan Fernando Vidal Albónico, en representación de María Beatriz Albónico Oléa, en contra de Seguros CLC S.A., ante la Il. Corte de Apelaciones de Santiago, ingreso rol N° 11348-2016, y documentos adjuntos a dicha presentación ofrecidos en el primer otrosí; 2) a fojas 83 y ss., copia simple de Propuesta “Seguro Integral” N° 113067 Sección declaración del asegurable (hoja 2/2) emitido por CLC Seguros, firmado por doña María Beatriz Albónico Oléa con fecha 22 de mayo de 2015; 3) A fojas 87, copia simple de Propuesta “Seguro Integral” N° 113067 Sección Datos Generales (hoja 1/2) emitido por CLC Seguros, firmado por la contratante doña Constanza Vidal Albónico y la asegurada doña María Beatriz Albónico Oléa con fecha 22 de mayo de 2015; 4) a fojas 89, copia simple de Condiciones Particulares de la Póliza Individual de Seguro para prestaciones médicas derivadas de accidente y enfermedad N° Póliza: 201502702, N° Propuesta: 113067, de fecha 28 de mayo de 2015, emitido por Seguros CLC S.A; 5) a fojas 103 y ss., copia simple de Póliza de Seguro para prestaciones médicas derivadas de accidente y enfermedad, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 3 2015 0503; 6) a fojas 207 y ss., copia de sentencia dictada por la Il. Corte de Apelaciones de Santiago, con fecha 31 de marzo de 2017, en causa Rol N° 11348-2016 (protección); 7) a fojas 217, copia simple de carta de fecha 11 de enero de 2015 expedida por Seguros CLC S.A., a doña Constanza Vidal Albónico.

DECIMO QUINTO: Que de otro lado, la demandada Clínica Las Condes S.A., rindiendo prueba, acompañó los siguientes documentos: 1) a fojas 136, copia de documento intitulado “Ingresos Médicos” de fecha 10 de agosto de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 2) a fojas 140, copia de documento intitulado “Ingresos Médicos” de fecha 16 de mayo de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 3) a fojas 144, copia de documento intitulado “Evoluciones Médicas” de fecha 15 de octubre de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 4) a fojas 147, copia de documento intitulado “Evoluciones Médicas” de fecha 15 de octubre de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 5) a fojas 150, copia de documento intitulado “Evoluciones Médicas” de fecha 24 de agosto de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 6) a fojas 155, copia de documento intitulado



Foja: 1

“Evoluciones Médicas” de fecha 26 de agosto de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 7) a fojas 158, copia de documento intitulado “Evoluciones Médicas” de fecha 27 de agosto de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 8) a fojas 161, copia de documento intitulado “Evoluciones Médicas” de fecha 29 de mayo de 2015 respecto de la paciente María Beatriz Albónico Oléa; 9) a fojas 268, Informe Médico Paciente María Beatriz Albónico Oléa, Rut: 5.475.487-6, N° de Ficha: 556832, suscrito por el médico internista Dr. Gonzalo Gacitúa Pinilla, firmado ante Notario Público con fecha 15 de mayo de 2017; 10) a fojas 270, Informe Médico Paciente María Beatriz Albónico Oléa, Rut: 5.475.487-6, N° de Ficha: 556832, suscrito por el neurólogo Dr. Mario Antonio Campero Soffia, firmado ante Notario Público con fecha 17 de mayo de 2017; 11) a fojas 271, Informe Médico Paciente: María Beatriz Albónico Oléa, Rut: 5.475.487-6, suscrito por el cirujano Dr. Manuel Andrés Espíndola Silva, firmado ante Notario Público con fecha 18 de mayo de 2017.

DECIMO SEXTO: Que de acuerdo a las probanzas rendidas por las partes litigantes, singularizadas en los motivos anteriores, se tienen por acreditados los siguientes hechos:

1.- Con fecha 16 de mayo de 2015, doña María Beatriz Albónico Oléa, ingresa a la Clínicas Las Condes, con diagnóstico de confusión, desnutrición, pseudodemencia; vértigo Severo, quedando hospitalizada en dicha institución;

2.- Con fecha 22 de mayo de 2015, doña Constanza Vidal Albónico, contrata el Seguro Integral de la Compañía Seguros CLC., que tendría una vigencia anual a contar del día 28 del mismo mes, renovable en forma tácita y automática si ninguna de las partes diere aviso de término con un mes de anticipación a la fecha de término.

En las condiciones particulares del contrato de seguro, se estableció que la cobertura corresponde a prestaciones médicas, cuya prima se pagaría mensualmente (UF. 2,83.-), que el prestador preferente sería Clínica Las Condes, y que la asegurada sería doña María Beatriz Albónico Oléa.

3.- Que con fecha 29 de mayo de 2015, doña María Beatriz Albónico Oléa, se le dio el alta médica, siendo evaluada en dicha oportunidad por neurólogo descartándose causa orgánica para su síndrome vertiginoso.

4.- Que con fecha 3 de junio de 2015, doña María Beatriz Albónico Oléa, nacida el 5 de septiembre de 1946, fue declarada con una discapacidad global severa/80%, cuya causa principal es mental psíquica y causa secundaria física, mediante Dictamen N° 560 emitido por el COMPIN con esa misma fecha;

5.- Que con fecha 10 de agosto de 2015, doña María Beatriz Albónico Oléa, reingresó a la Clínica Las Condes (Médico Adultos), por cuadro de deshidratación, con antecedentes de trastorno de personalidad



Foja: 1

tipo B, practicándosele una serie de exámenes de orden neurológico y orgánico, sin encontrarse hallazgos patológicos.

6.- Que con fecha 24 de agosto de 2015, se evaluó médicamente a doña María Beatriz Albónico Oléa, diagnosticándosele una neoplasia oculta en estudio; Sd. Cerebeloso anticuerpos antineuronales yo (+); nódulo paravesical izquierdo en estudio; trastorno de personalidad; enfermedad peridontal; tabaquismo crónico.

7.- Que con fecha 15 de octubre de 2015, en evaluación médica a doña María Beatriz Albónico Oléa realizada en la Clínica Las Condes, se le descubrió la neoplasia de origen que se trataba de un adenocarcinoma seroso papilar de trompa, calificado como etapa 3-C (con una MTS en endometrio), quedando operada con una cirugía satisfactoria desde el punto de vista oncológico, pero quedó pendiente la decisión de iniciar quimioterapia adyuvante, dado su etapificación avanzada.

8.- Con fecha 11 de enero de 2016, Seguros CLC S.A., envía a doña Constanza Vidal Albónico, carta en que se le informa el término de la póliza 201502702, de conformidad al artículo 15º, del condicionado general, argumentando la falta de información respecto del estado de salud de la Sra. Albónico.

9.- Con fecha 10 de febrero de 2016, don Juan Fernando Vidal Albónico, en representación de su madre María Beatriz Albónico Oléa, interpuso recurso de protección a favor de esta última en contra de Seguros CLC S.A., ante la Iltna. Corte de Apelaciones de Santiago, Rol N° 11348-2016, el cual fue rechazado por sentencia de fecha 31 de marzo de 2017.

DECIMO SEPTIMO: Que en primer lugar, resulta necesario emitir pronunciamiento respecto de las excepciones de falta de legitimación activa y pasiva opuestas por las demandadas de autos, quienes argumentaron respecto de la primera, que la demandante Sra. Vidal no es la titular de la acción de cumplimiento e indemnización, pues el daño recae en su madre Sra. Albónico que es la asegurada y beneficiaria. En cuanto a la segunda excepción, manifiestan que las instituciones demandadas, si bien comparten el nombre y forman parte de un mismo grupo empresarial, tienen giros y actividades diferentes, de manera que la referida Clínica no forma parte de la relación contractual derivada del contrato de seguro de autos.

DECIMO OCTAVO: Que en torno a la excepción de falta de legitimación activa, si bien el artículo 596 del Código de Comercio dispone que para todos los efectos legales, el derecho del beneficiario nace en el momento del siniestro previsto en la póliza, y a partir de él podrá reclamar del asegurador la prestación convenida, ello no significa que la acción personal que emana del contrato de seguro no pueda ser ejercida por la contratante del mismo.

En efecto, la facultad de exigir los beneficios provenientes del seguro, efectivamente recaen sólo en la beneficiaria, pues aquellos ceden en su favor y no en el de la contratante; sin embargo, la acción para perseguir el



Foja: 1

cumplimiento del contrato que cede en favor de la beneficiaria, corresponde a la contratante pues fue ella quien se obligó voluntariamente por el acto jurídico denominado seguro. Así, el objeto de dicha acción civil es obtener el cumplimiento forzado del contrato de seguro, y que de acogerse, obligará a la compañía de seguros a cumplir con el contrato brindando la prestación a la beneficiaria.

DECIMO NOVENO: Que en este sentido, doña Constanza Vidal Albónico, ha interpuesto la presente acción por sí, en su calidad de contratante del seguro en cuestión, y no en representación legal de su madre y beneficiaria del contrato de seguro, lo cual desde la perspectiva del derecho de los contratos es totalmente procedente en virtud de lo dispuesto en el artículo 1545 del Código Civil a partir del cual se infiere el principio del efecto relativo de los contratos, de manera que se rechazará la excepción en análisis.

VIGESIMO: Que luego, en cuanto a la excepción de falta de legitimación pasiva, esta sentenciadora estima que efectivamente, si bien las instituciones demandadas forman parte del mismo conglomerado de salud, compartiendo incluso parte de su nombre de fantasía, ello no lleva a la conclusión de que ambas constituyen una misma entidad dedicada al giro de las prestaciones de salud y aseguramiento de riesgos.

En este sentido, como correctamente señala la demandada Clínica Las Condes S.A., la actividad comercial de ofrecer seguros a las personas deviene en un rubro que se encuentra regulado por ley, tanto en la constitución de las sociedades anónimas especiales que administran dichos seguros, así como la actividad y contratación de los mismos.

Luego, la Clínica Las Condes S.A., no se encuentra constituida como sociedad anónima especial facultada para la venta y administración de seguros, como sí lo está su co-demandada Seguros Clínica Las Condes S.A.

VIGESIMO PRIMERO: Que lo anterior se ve reafirmado por el hecho que en el contrato de seguro tomado por la actora Sra. Vidal, las partes del mismo son ésta y la compañía de Seguros CLC S.A., mas no la Clínica Las Condes S.A. En este sentido, el hecho que el mentado seguro sea ofrecido aun en dependencias de la Clínica Las Condes S.A., más allá del punto estrictamente comercial, no lo convierte en un seguro de dicha Clínica, y mucho menos, que la misma se dedique a la venta y administración de dicho seguro.

Por otro lado, el documento “Acta de diligencia”, si bien da cuenta que el Ministro de Fe (Notario Público) al llamar por teléfono a la Clínica Las Condes y solicitar hablar con Seguros Clínica Las Condes, éste fue derivado exitosamente con esta última, ello no significa que ambas sociedades sean una misma, y que compartan el mismo giro.



Foja: 1

VIGESIMO SEGUNDO: Que tampoco resulta atendible el argumento de la demandante, en orden a que el seguro contratado por ella tendría cobertura exclusiva por la Clínica Las Condes, pues a partir del documento “Condiciones particulares de la póliza individual de seguro para prestaciones médicas derivadas de accidente y enfermedad Seguro Integral”, se desprende inequívocamente que el prestador preferente sería Clínica Las Condes bajo su arancel “Vivir Más”, es decir, no se trata de un seguro de cobertura exclusiva en la Clínica Las Condes.

VIGESIMO TERCERO: Que por las razones anotadas precedentemente, se acogerá la excepción de falta de legitimación pasiva respecto de la Clínica Las Condes S.A., opuesta por las demandadas de autos, de manera que en lo sucesivo, se analizará la procedencia de los requisitos de la acción deducida en autos, solo respecto de la demandada Seguros Clínica Las Condes S.A.

VIGESIMO CUARTO: Que ahora bien, entrando al análisis de la controversia principal de autos, la parte demandante de doña Constanza Vidal, expresa que la demandada Seguros Clínica Las Condes S.A., con fecha 11 de enero de 2016 (fecha erróneamente el 11 de enero de 2015) decidió poner término a la póliza de seguros N° 201502702, no otorgando el reembolso del Seguro Integral solicitado por siniestro N° 201509460.

En este sentido, afirma que en su calidad de contratante, ha cumplido mes a mes con su obligación, esto es, el pago de la prima del seguro contratado, no así la compañía demandada quien no dio cumplimiento al referido contrato al negarse a dar cobertura comunicándolo así mediante carta de 11 de enero de 2016, agregando que todas y cada una de las hospitalizaciones de agosto, octubre y noviembre de 2015 y febrero de 2016, tuvieron su origen en patologías posteriores a mayo de 2015, época en la que se contrató el seguro, las cuales eran desconocidas o inexistentes, situación que se desprendería de los propios antecedentes médicos señalados por la Clínica Las Condes.

VIGESIMO QUINTO: Que por su parte, la demandada Seguros Clínica Las Condes S.A., sostiene que la decisión de terminar el contrato de seguro, no dando cobertura a la asegurada, se fundó en que la Sra. Albónico omitió en múltiples partes de su declaración de salud, información relevante para la evaluación de la extensión del riesgo a cubrir, vulnerando con ello la normativa legal vigente.

En subsidio de lo anterior, postula que el contrato de seguro es nulo de conformidad al artículo 539 del Código de Comercio, fundado en la falsa declaración de salud proporcionada por la asegurada. En último término, postula que en autos no se configuran los supuestos necesarios para la concurrencia de la responsabilidad contractual demandada.



Foja: 1

VIGESIMO SEXTO: Que primeramente, cabe señalar que mediante carta fechada erróneamente el 11 de enero de 2015, expedida por Seguros CLC S.A., dirigida a doña Constanza Vidal Albónico, se le informó a ésta el término de la póliza 201502702, de conformidad al artículo 15°, del condicionado general, argumentándose la falta de información respecto del estado de salud de la Sra. Albónico, lo cual habría impedido evaluar adecuadamente el riesgo, circunstancia que, unida a antecedentes objetivos que no fueron informados, habría significado que la aseguradora rechazare la cobertura del Seguro Integral.

VIGESIMO SEPTIMO: Que ahora bien, de acuerdo la historia proporcionada por la propia demandante, que se desprende de los antecedentes contenidos en las epicrisis de fecha 29 de mayo, 7 de septiembre, 19 de octubre y 7 de diciembre, todos del año 2015, del documento Ingreso Médico de fecha 16 de mayo de 2015, y del recurso de protección presentado a su favor por uno de sus hijos, el cual se tramitó bajo el Rol N° 11348-2016 de la Iltma. Corte de Apelaciones de Santiago, se constata que la asegurada Sra. Albónico –con residencia en Guayaquil, Ecuador–, previo a su internación en la Clínica Las Condes el día 16 de mayo de 2015, padecía de una patología psiquiátrica (trastorno de personalidad) que nunca había sido bien evaluada ni tratada, además de sensación vertiginosa, siendo encontrada en su domicilio con deshidratación y signos de desnutrición que provocaron su hospitalización en dicho país, una semana antes de su llegada a Chile.

VIGESIMO OCTAVO: Que sin perjuicio de lo anterior, de acuerdo a los hechos asentados en el motivo 16°, doña Beatriz Albónico, con posterioridad a la fecha de contratación del Seguro Integral por su hija, ingresó en varias oportunidades a la Clínica Las Condes a fin de ser atendida por descompensaciones y cuadros asociados a su síndrome vertiginoso, descartándose médicamente cualquier origen orgánico para dicha patología.

VIGESIMO NOVENO: Que en este sentido, con fecha 24 de agosto de 2015, se evaluó médicamente a la Sra. Albónico, diagnosticándosele una neoplasia oculta en estudio; Sd. Cerebeloso anticuerpos antineuronales yo (+); nódulo paravesical izquierdo en estudio; trastorno de personalidad; enfermedad periodontal; tabaquismo crónico.

Luego, con fecha 15 de octubre de 2015, se le descubrió la neoplasia de origen que se trataba de un adenocarcinoma seroso papilar de trompa, calificado como etapa 3-C (con una MTS en endometrio), quedando operada con una cirugía satisfactoria desde el punto de vista oncológica, pero quedó pendiente la decisión de iniciar quimioterapia adyuvante, dado su etapificación avanzada.

TRIGESIMO: Que del análisis de la Propuesta “Seguro Integral” Sección declaración del Asegurado Póliza N° 113067, completado por la asegurada Doña María Beatriz Albónico Oléa, con fecha 22 de mayo de



Foja: 1

2015, se constata que ésta declaró, entre otras cosas, no haber padecido: b) trastorno del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de adaptación, ansiedad, problemas de dependencia a drogas, alcohol, tabaco. Asimismo, a la pregunta consistente en si ha requerido hospitalización, manifestó que no, y a la interrogante acerca de haber consultado médico, en los últimos 2 años, señaló que en 2014 fue sometida a un chequeo anual con resultado normal.

TRIGESIMO PRIMERO: Que las Condiciones Generales del seguro contratado, incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código POL 3 2015 0503, agregado a los autos según consta a fojas 103 y ss., dispone en el artículo 5º: Exclusiones que “La cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento. Asimismo, la cobertura otorgada en virtud de esta Póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de: a) Enfermedades, dolencias o situación de salud preexistentes”. Agrega la letra c) Enfermedad psicológica y/o psiquiátrica.

TRIGESIMO SEGUNDO: Que por otro lado, el artículo 6º. Obligaciones del asegurado, señala que “El asegurado está obligado a: 1º Declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos. Agrega el artículo 7º. Declaraciones del contratante y del asegurado que “La Póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Código de Comercio.

TRIGESIMO TERCERO: Que si bien es cierto se comprobó una reticencia u omisión de información por parte de la asegurada Sra. Albónico, al momento de emitir su declaración de salud, no lo es menos que la misma se estimó que no tiene un origen orgánico, de manera que no guarda relación con el siniestro denunciado en lo concerniente al descubrimiento del tumor cancerígeno, el cual en todo caso, fue descubierto y diagnosticado en un fecha posterior a la de contratación del seguro.

TRIGESIMO CUARTO: Que asimismo, el siniestro efectuado por la actora da cuenta de una serie de consultas médicas de orden psiquiátrica y orgánicas relativas al descubrimiento de un tumor canceroso en la asegurada. Luego, en lo concerniente a la primera patología de orden psiquiátrica, efectivamente, se comprobó una reticencia inexcusable de parte de la asegurada quien omitió información relevante a efectos de determinar su condición de salud, no así en cuanto al descubrimiento del adenocarcinoma el cual fue descubierto y diagnosticado con posterioridad a la contratación del seguro.



Foja: 1

TRIGESIMO QUINTO: Que en consecuencia, procede acoger parcialmente la acción de cumplimiento de contrato, impetrada por la actora, sólo en cuanto se ordena a la demandada Seguros CLC S.A., a cumplir con el contrato de seguro de fecha 22 de mayo de 2015 en lo concerniente al siniestro que deriva de las prestaciones médicas por tumor de acuerdo a los informes médicos de la paciente Sra. María Beatriz Albónico Oléa.

TRIGESIMO SEXTO: Que en lo concerniente a la acción indemnizatoria deducida conjuntamente con la acción principal de cumplimiento de contrato, cabe señalar que dicha solicitud se encuentra amparada por el derecho, específicamente el artículo 1489 del Código Civil. Luego, la parte demandante ha solicitado se le reconozca el derecho de litigar sobre la especie y monto de los perjuicios en una etapa posterior, de conformidad a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 173 del Código de Procedimiento Civil.

TRIGESIMO SEPTIMO: Que la aludida disposición señala: *“En el caso de que no se haya litigado sobre la especie y el monto de los frutos o perjuicios, el tribunal reservará a las partes el derecho de discutir esta cuestión en la ejecución del fallo o en otro juicio diverso.”*

TRIGESIMO OCTAVO: Que en este sentido, habiéndose comprobado un incumplimiento contractual imputable a la demandada Seguros Clínica Las Condes S.A., en lo concerniente a la no cobertura del siniestro denunciado por la actora relativo a no haber reembolsado los gastos médicos provenientes de la patología por adenocarcinoma de la asegurada doña Beatriz Albónico, corresponde acceder a dicha solicitud de reserva para que, en la etapa de cumplimiento o en un juicio posterior, se litigue acerca de la especie y monto de dichos perjuicios de conformidad a lo dispuesto en la ley procesal civil.

TRIGESIMO NOVENO: Que las restantes alegaciones y probanzas en nada alteran lo razonado precedentemente, por lo que se omitirá su análisis pormenorizado.

CUADRAGESIMO: Que atendido lo dispuesto en el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil, y no habiendo sido las demandadas totalmente vencidas, cada parte pagará sus costas.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 19 N° 1 de la Constitución Política de la República, arts. 44, 1437, 1438, 1545, 1546, 1556, 1698 del Código Civil, artículos 512 y siguientes del Código de Comercio, y arts. 170, 343, 346 y demás normas del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I.- Que se acoge la excepción de falta de legitimación pasiva de la demandada Clínica Las Condes S.A., opuesta por las demandadas;

II.- Que se acoge parcialmente la demanda de cumplimiento de contrato de fojas 1, y se condena en consecuencia a la demandada Seguros



C-16741-2016

Foja: 1

Clínica Las Condes S.A., a cumplir con el contrato de seguro de fecha 22 de mayo de 2015 en los términos señalados en el motivo 35°;

III.- Que se hace lugar a la solicitud de reserva efectuada por la demandante de conformidad a lo dispuesto en el artículo 173 del Código de Procedimiento Civil;

IV.- Que cada parte pagará sus costas.

Regístrese, notifíquese y, en su oportunidad, archívese.

DICTADA POR MARIA ISABEL REYES KOKISCH, JUEZ SUPLENTE. AUTORIZA DOÑA MARIELLA RISOPATRÓN CERNA, SECRETARIA SUBROGANTE

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en **Santiago, treinta y uno de Octubre de dos mil diecisiete**



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>