

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 25° Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-1084-2019
CARATULADO : PIAZZA/BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE
VIDA S.A.

Santiago, veintiuno de Agosto de dos mil veinte

VISTOS:

En folio 1 del cuaderno principal, compareció don IGNACIO CELIS ROZZI, abogado, en representación judicial de don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL, ambos domiciliados para estos efectos en Paseo Bulnes N° 79, oficina 125, comuna de Santiago; quien, en la representación investida, dedujo demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguro, con indemnización de perjuicios, en contra de la COMPAÑÍA ASEGURADORA BNP PARIBAS CARDIFF SEGUROS DE VIDA S.A., del giro de su denominación, representada por su gerente general, don VIVIEN FEDERIC GEORGES BERBIGIER, ambos domiciliados en Avenida Vitacura 2670, piso 13, comuna de Vitacura, en virtud de los fundamentos de hecho y de derecho que se reproducen a continuación:

En cuanto a los hechos, sostuvo que don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL, tiene la calidad de asegurado en contrato de seguro denominado SEGURO DE VIDA FAMILIAR FULL CCAF LOS ANDES (BIZAGI 57336), contratado con la Compañía Aseguradora BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., conforme consta en la póliza N° 216051089.



Foja: 1

Señaló que dicha póliza fue contratada a través de la Caja de Compensación Los Andes, incorporándose como asegurado, con fecha 10 de julio del año 2017.

Indicó que el asegurado, don Luis Piazza Queupil, con fecha 5 de octubre de 2017, sufrió un accidente en su lugar de trabajo, donde fue encontrado inconsciente por sus compañeros de trabajo, siendo ingresado ese día a la Unidad de Tratados Intensivo (UTI) del Hospital Clínico de la Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza, centro en el que se diagnosticó un ACV hemorrágico (Hematoma tálamo capsular izquierdo, de etiología hipertensiva); HTA severa (crisis hipertensiva); Insuficiencia Renal aguda recuperada, sobre crónica: Atrofia Renal Izquierda, principalmente.

Expuso que, atendido el diagnóstico, fue derivado al Complejo Hospitalario San José de Maipo, establecimiento en el cual fue tratado y se realizaron trabajos de rehabilitación kinésica, egresando con fecha 23 de febrero de 2018.

Refirió que, ocurrido el accidente, se presentaron los antecedentes a la Compañía BNP PARIBAS CARDIF, a fin de activar el seguro contratado por el accidente, obteniendo como respuesta: que, por la fecha de ocurrencia del accidente, no había derecho alguno a indemnización, porque había ocurrido dentro del período de carencia establecido en la póliza.

Afirmó que, con posterioridad, y conforme consta del Certificado de discapacidad de don Luis Alberto Piazza Queupil, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación, con fecha 28 de febrero de 2018, por dictamen N° 255 de COMPIN Oriente, le fue declarada su incapacidad global severa, correspondiente a un 82,5%, incapacidad tanto física como mental psíquica.

Manifestó que, atendida la declaración de incapacidad de un 82,5%, se presentaron los antecedentes, con fecha 18 de abril de



Foja: 1

2018, esto es, habiendo transcurrido menos de dos meses de la fecha en que fue declarada la Incapacidad Total y Permanente (en adelante, "ITP"), a la Compañía Aseguradora, a objeto de obtener el pago correspondiente a la cobertura de ITP 2/3 por Accidente, pero, con fecha 03 de mayo, la demandada, comunica su resolución de rechazo, acompañando el informe de liquidación del siniestro, el cual fue informado negativamente por el liquidador, y que indicaba que conforme a los antecedentes recibidos, correspondiente a certificado médico y epicrisis, el Sr. Luis Piazza Queupil presenta diagnóstico de Accidente cerebrovascular hemorrágico, hipertensión arterial, aki prerrenal, infección urinaria, anemia normocítica, agitación psicomotora, constipación. Por ello concluye: "Dado que los diagnósticos no se ajustan a la definición de la póliza, no procede la indemnización solicitada. Además, el siniestro fue denunciado fuera del plazo de la póliza.", refirió.

Alegó que, atendido el informe negativo y siguiendo el procedimiento contemplado en la póliza contratada, se presentó la correspondiente impugnación al informe ante la Compañía Aseguradora, a fin de obtener el reconocimiento de una prestación de acuerdo al contrato ofrecido al asegurado, toda vez que -como consecuencia directa e inmediata del accidente sufrido por don Luis Piazza- se declaró la incapacidad global severa de un 82,5%, por la Institución Competente. Además, agregó, se hizo presente en dicha impugnación, para los efectos de las condiciones exigidas en la póliza contratada, que al ser la ITP consecuencia inmediata del accidente, ella se produjo dentro de los noventa días siguientes al accidente, y, que la cobertura por ITP dos tercios fue solicitada con posterioridad al rechazo por carencia de cobertura por enfermedad grave efectuado por la Compañía Aseguradora.

Expuso que con fecha 30 de mayo de 2018, a través de carta suscrita por don Alejandro Barrios, Gerente Defensoría de Clientes, la Compañía Aseguradora responde la impugnación presentada,



Foja: 1

indicando que se mantiene el dictamen de rechazo, debido a que las enfermedades que provocan su incapacidad no corresponden al accidente, como lo define la póliza contratada y además reitera que la denuncia del siniestro fue practicada fuera de plazo, invocando los Artículos N° 7 y 12 de la Póliza contratada, artículos que no figuran en la copia que se entregara al asegurado y actual demandante.

Señaló que, por este motivo, con fecha 17 de julio de 2018, se recurrió a la Comisión para el Mercado Financiero, a fin de que corrigiera este indebido rechazo, conforme a sus facultades.

Refirió que con fecha 29 de agosto de 2018, el asegurado, don Luis Piazza Queupil, recibió en su domicilio, carta enviada por la empresa Aseguradora, a través de la cual informaba que se había procedido a pagar el siniestro correspondiente a la cobertura de ENFERMEDADES GRAVES, contemplado en la póliza 216051089 del Producto contratado, Seguro de Vida Familiar FULL CCAF LOS ANDES (BIZAGI 57336), por un monto de UF 80, en virtud del accidente sufrido con fecha 05 de octubre de 2017.

Expuso que, sin perjuicio que la carta está fechada el día 20 de junio de 2018, informando respecto de un dictamen emitido con fecha 07 de agosto de 2018, que dispuso un pago para el 13 de agosto de 2018, se hace presente que dicha cobertura en una primera instancia había sido rechazada por la empresa aseguradora, por carencia, esto es, por haber sufrido el accidente dentro del período de carencia establecido en la póliza.

Estimó que, por decisión unilateral y mera voluntad, la compañía aseguradora, de oficio, decidió revertir una resolución negativa, accediendo a dar cobertura al asegurado por enfermedad grave, no obstante haber resuelto meses antes que no correspondía indemnizar por este concepto por carencia, coincidiendo esta nueva resolución con la presentación de los antecedentes de la situación ante la Comisión para el Mercado Financiero.



Foja: 1

Hizo presente que en la carta nada se señala respecto del pago de la indemnización correspondiente a la cobertura por ITP dos tercios señaladas en la póliza del seguro contratado, y consecuencia directa del accidente sufrido por don Luis Piazza Queupil.

Expresó que con fecha 31 de agosto de 2018, la Comisión para el Mercado financiero, dio respuesta al reclamo presentado, declarándose incompetente para resolver el asunto, argumentando que la materia en disputa se refiere a la interpretación de un contrato y en consecuencia, sería materia de los juzgados civiles, decisión que mantuvo con fecha 26 de octubre de 2018, al resolver un recurso de Reposición presentado respecto de su resolución.

En cuanto a los fundamentos del rechazo de la Compañía Aseguradora, para acceder a la indemnización solicitada, por la cobertura de ITP dos tercios, y, en primer término, en lo relativo a la supuesta denuncia fuera de plazo, sostuvo que ella no es tal, toda vez que, de acuerdo con la póliza contratada, existe un plazo de hasta 180 días corridos siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho para la presentación de la documentación para la cobertura solicitada.

Manifestó que en el caso del asegurado, don Luis Piazza Queupil, la incapacidad total y permanente fue consecuencia directa e inmediata del accidente sufrido, declarándose ésta con fecha 28 de febrero de 2018, y los antecedentes fueron presentados, habiendo transcurridos menos de 60 días desde la declaración de su Incapacidad por el competente organismo, por lo que es totalmente contrario a lo estipulado en la póliza, su rechazo por extemporaneidad.

Alegó que la compañía Aseguradora realizó una interesada interpretación y aplicación de la póliza y aparentemente contó el plazo desde la fecha del accidente, soslayando que previamente había rechazado el reconocimiento de algún derecho o indemnización al asegurado o sus beneficiarios porque el accidente había ocurrido en el período de carencia, y que la cobertura de ITP dos tercios, fue



Foja: 1

solicitada con posterioridad a la pertinente declaración, de fecha 28 de febrero de 2018.

Con relación al rechazo del pago de la indemnización solicitada por ITP 2/3, alegó que, de acuerdo a un Artículo 7° de la póliza, que no aparece en la copia de póliza entregada al asegurado, ello se debería, a que “para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado”, según se lee en la carta de respuesta de 30 de mayo de 2018, refirió.

Expuso que, de acuerdo a la póliza del seguro contratado, que le fue entregada al asegurado, “para los efectos de esta póliza, se entiende que existe incapacidad total y permanente dos tercios por accidente, cuando producto de un accidente el asegurado sufre la pérdida irreversible y definitiva, de a lo menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo, evaluado conforme a las normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones, regulado por el DL N° 3.500, de 1980.” (Página 2 de la póliza, Epígrafe coberturas, 4° Párrafo), refirió.

Agregó que se establece, asimismo, que en caso de ITP, la compañía pagará al asegurado el capital correspondiente para la cobertura de Incapacidad total y Permanente por Accidente, según el plan escogido, si a consecuencia directa del accidente, el asegurado titular se encontrare dentro de los noventa días contados desde la fecha del accidente, en estado de ITP dos tercios, refirió.

Señaló que, a continuación, en la página 3, correspondiente al mismo epígrafe, se indica: “Para los efectos de las coberturas de Muerte Accidental, Incapacidad Total y Permanente por Accidente, Cantidad diaria por hospitalización a causa de accidente y Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, se entenderá por: -Accidente: Todo suceso imprevisto involuntario repentino y fortuito, causado por medios



Foja: 1

externos, que afecte el organismo del asegurado, provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones”, citó.

Sostuvo que aparentemente ello no figura en el Artículo 7° de la póliza, a que alude en su carta de rechazo la Compañía Aseguradora, ya que no lo menciona, pero entiende que al estar en la póliza es parte de ella.

Aseveró que el asegurado, don Luis Piazza Q., sufrió el accidente que significó su ITP con fecha 5 de octubre de 2017, y se trató de un solo episodio, imprevisto, fortuito e involuntario, que afectó gravemente el funcionamiento cerebral, no pudiendo recuperar su funcionamiento normal y regular. El episodio que le afectó, es un accidente y no se entiende que para los efectos del seguro contratado, para la Compañía Aseguradora, un ahogamiento o una asfixia, las torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como asimismo los estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones, constituyan accidentes y den derecho a la cobertura de ITP por accidente 2/3, y no lo constituya ni de derecho a ella un accidente cerebro vascular y sus consecuencias.

Estimó que la empresa aseguradora, con su respuesta y el informe de liquidación lo que hacen es eludir el cumplimiento de una obligación contractual, en forma indebida e infundada al tenor de lo descrito en la póliza contratada.



Foja: 1

En cuanto al derecho, citó los artículos 1.545, 1.546, 1.547 y 1.560 del Código Civil, y los artículos 512 y 529 N° 2 del Código de Comercio, esto es, este último en relación a la obligación del asegurador de indemnizar el siniestro cubierto por la póliza, que la demandada no lo ha hecho en forma total, producto del informe emanado por parte del liquidador, quien rechaza la indemnización reclamada, en atención a que erradamente –en su concepto- el hecho denunciado se encontraría sin cobertura, por haber concluido que la enfermedad que ha provocado su incapacidad no corresponde al accidente, como se define en la póliza contratada y que, además, la denuncia del siniestro fue practicada fuera de plazo.

Expuso que no obstante que su parte cumplió diligentemente las obligaciones que le impone el artículo 524 N° 8 del Código de Comercio en cuanto a declarar verazmente y sin reticencia las circunstancias de la ocurrencia del siniestro, la demandada está obligada a hacer efectiva la cobertura del mismo, a menos que ella acredite que éste ha sido causado por un hecho que no lo constituye responsable de sus consecuencias, de acuerdo a lo previsto en el artículo 531 del mismo cuerpo legal, refirió. En otras palabras, la ley establece una presunción a favor del asegurado en cuanto a que será el asegurador y no el asegurado quien deba probar que el hecho que originó el siniestro no está cubierto según los términos convenidos en la póliza, estimó.

Argumentó que, conforme a las consideraciones señaladas, teniendo presente entonces que las causales invocadas por la demandada en orden a rechazar el siniestro de autos son absolutamente improcedentes, por cuanto ellas no tienen asidero fáctico ni jurídico alguno para denegar la cobertura de éste, la aseguradora debe cumplir su obligación contractual en orden a indemnizar a esta parte por el siniestro de invalidez 2/3 que padece, (según el Dictamen N° 255 de fecha 28 de febrero de 2018), según lo contemplado en las condiciones particulares de la póliza contratada



Foja: 1

entre las partes, haciéndose de esta forma aplicable la condición resolutoria tácita, la cual impera en todos los contratos bilaterales y que por tanto habilita a su parte a exigir el cumplimiento de lo pactado en la póliza N° 216051089 con vigencia desde el 10 de Julio de 2018, citando el artículo 1.489 del Código Civil

Reiteró que al haber ocurrido un siniestro que produjo la Incapacidad total y Permanente dos tercios del asegurado, la compañía aseguradora debe cumplir con la obligación principal que le impone el contrato de seguro celebrado con mi representada, esto es, indemnizar el siniestro cubierto por la póliza (artículo 529 N° 2 del Código de Comercio) lo que en el caso de marras se traduce, en consecuencia, en indemnizar el siniestro ocurrido a la fecha de declaración de invalidez permanente 2/3 de don Luis Piazza.

Alegó que, por su parte, y por el hecho de que la aseguradora no procedió a cumplir en tiempo y forma lo estipulado en la póliza que mi representado suscribió con ella, la indemnización de perjuicios que también se solicita en virtud de esta norma consiste en que el retardo en el cumplimiento de pagar la suma determinada en la póliza, se debe aplicar con intereses.

Expuso que, además, entendiendo el concepto de daño moral como cualquier hecho que le produce una molestia, dolor o sufrimiento físico o psíquico a una persona, su parte viene en solicitar la indemnización de perjuicios en cuanto al daño moral provocado por la negativa del cumplimiento del contrato, lo que ha provocado que el actor, de sufrir este lamentable accidente, tenga que soportar la incertidumbre de cargar con los gastos económicos que conlleva todo el tratamiento de su enfermedad y llegar hasta estas instancias para que la demandada cumpla con su obligación. Estimó que, sin lugar a dudas, toda esta situación ocasiona un menoscabo psíquico en su parte, en donde el derecho no puede tener otra finalidad u objeto que



Foja: 1

no sea el amparo y tuición de la persona, su integridad física y síquica, así como también su dignidad.

Agregó que, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso 3° del nuevo artículo 543 del Código de Comercio, según las modificaciones a éste incorporadas por la Ley N° 20.667 de 9 de mayo de 2013, el tribunal dispone en este procedimiento de las siguientes facultades especiales: “a) Admitir, a petición de parte, además de los medios probatorios establecidos en el Código de Procedimiento Civil, cualquier otra clase de prueba. b) Decretar de oficio, en cualquier estado del juicio, las diligencias probatorias que estime convenientes, con citación de las partes. c) Llamar a las partes a su presencia para que reconozcan documentos o instrumentos, justifiquen sus impugnaciones, pudiendo resolver al respecto, sin que ello implique prejuzgamiento en cuanto al asunto principal controvertido. d) Apreciar la prueba de acuerdo con las normas de la sana crítica, debiendo consignar en el fallo los fundamentos de dicha apreciación.”, citó.

Petitorio de la demanda: solicitó que en definitiva se condene a la demandada a hacer efectiva la cobertura de la póliza N°216051089, cubriendo, en consecuencia, el pago estipulado en el contrato de seguro entre don Luis Piazza Queupil con la aseguradora BNP PARIBAS CARDIFF SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., por Incapacidad Total y Permanente dos tercios, declarada según Dictamen de Invalidez N° 255 de fecha 28 de febrero de 2018, emitido por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez Oriente (COMPIN ORIENTE), como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido en su lugar de trabajo, por un monto de UF 450, en su equivalente en moneda nacional a la fecha de su pago efectivo, más la indemnización de perjuicios por daño moral consistente en \$20.000.000.- (vente millones de pesos), o la suma que el tribunal determine, más los intereses correspondientes para operaciones de crédito de dinero reajustables, devengados en el período comprendido entre la fecha en que se le dictaminó su invalidez 2/3 (dos tercios) por



Foja: 1

la institución correspondiente, y aquélla en que la sentencia que se dicte en la presente causa quede firme y ejecutoriada o desde la fecha que el tribunal se sirva fijar, todo ello con costas.

En folio 10, consta el emplazamiento de la demandada.

En folio 29, la demandada, **BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A.**, **contestó el libelo** dirigido en su contra, solicitando su total rechazo o, en subsidio, la rebaja de la indemnización pedida, en virtud de los fundamentos que se reproducen a continuación:

En cuanto al contrato de seguro que motiva el juicio, sostuvo que con fecha 10 de julio de 2017, el demandante se incorporó a la póliza N° 29905025, correspondiente en lo relevante para el caso de autos, a un Seguro de Invalidez Accidental, el cual se rige por las condiciones registradas ante la Superintendencia de Valores y Seguros generales POL 3 2013 0600.

Expuso que dicho seguro fue contratado voluntariamente por el asegurado y en lo que respecta al caso de autos, ha sido íntegramente cumplido por su parte.

Refirió que la póliza se compone de condiciones generales y condiciones particulares. Lo anterior es relevante toda vez, que en el mercado nacional, por regla general, sólo se pueden comercializar pólizas cuyos condicionados generales hayan sido depositados previamente en la CMF de acuerdo a lo dispuesto en la Norma de Carácter General 349, refirió, agregando que en definitiva la póliza es la ley que rige el presente litigio.

A continuación, alegó que el siniestro carece de cobertura:

Al respecto, expuso que en relación a los hechos de autos su parte ha cumplido oportunamente con sus obligaciones, señalando que la póliza materia de este juicio, ampara la incapacidad derivada de un accidente y –citándola- “Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino



Foja: 1

y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.” (Condiciones Generales POL320130600).

Afirmó que en el caso del Sr. Piazza, no existe un siniestro amparado bajo la cobertura de invalidez accidental, ya que no ha experimentado accidente alguno, y, en efecto, sus padecimientos e incapacidad derivan de una enfermedad común, como reconoce con valor irrevocable en la demanda, en su concepto.

Argumentó que el accidente cerebro vascular, es una de las principales causas de mortandad en nuestro país, y es por ello que ha sido incluido dentro de las Garantías del Sistema AUGE existiendo una guía y garantías expresas. El Ministerio de Salud, refirió, define el ataque cerebro vascular (ACV) como una emergencia médica, que ocurre cuando se interrumpe el suministro de sangre al cerebro o cuando existe un sangrado en el cerebro, agregando que puede ocurrirle a cualquier persona y de un momento a otro, independiente de su edad, sexo o raza, no obstante lo cual, existen factores de riesgo que hacen aumentar la probabilidad de padecerlo.

Estimó que, entonces, en el caso de autos, no aplica la cobertura de la póliza, toda vez que no estamos frente a un accidente conforme a sus propias definiciones, y al sentido natural y obvio de la palabra.

Indicó que, cumpliendo oportunamente con sus obligaciones, mi representada procedió a emitir y notificar el informe de liquidación rechazando el siniestro, circunstancia que el actor reconoce expresamente, quien, por lo demás, ejerció el derecho que la ley le



Foja: 1

confiere de impugnar dicho informe, e incluso presentó un reclamo ante la CMF.

Expuso que su parte, requerida por la autoridad, informó – citándose- que: “1- Según la información recopilada por nuestra Compañía, el Sr. Luis Piazza Queupil se incorporó, con fecha 10/07/2017, a la Póliza N° 216051089, la cual incorporaba dentro de sus coberturas la de ITP por Accidente y Enfermedades Graves. La Póliza antes señalada fue emitida por BNP Paribas Cardif Seguros Generales S.A., contratada por Caja de Compensación de Asignación Familiar de Los Andes, e intermediada por Corredora de Seguros La Cámara Ltda. 2- Tras la celebración del contrato antes señalado, nuestra Compañía fue notificada del siniestro que afectó al Sr. Luis Piazza, el cual consistió en el Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, motivo por el cual solicito la activación de la cobertura de Enfermedades Graves e Incapacidad Total y Permanente por Accidente, amparada por la póliza por ella contratada. 3- Una vez recibida la solicitud de cobertura e indemnización, nuestra Compañía procedió a dar inicio al proceso de liquidación del siniestro, ocasión en la se procedió a solicitar copia de toda la documentación y antecedentes que se estimaron necesarios para lograr determinar la procedencia de la solicitud de cobertura e indemnización realizada por el Asegurado. 4- Dentro de la documentación analizada por nuestra Compañía, se encontró la copia de la póliza contratada, la cual establecía dentro de su artículo N° 7: Cobertura y Capital Asegurado, Ítem Cobertura Incapacidad Total y Permanente Dos Tercios por Accidente, expresamente lo siguiente: - En virtud de esta cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el asegurado se encontrare dentro de los 90 días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios, la Compañía pagará el monto indicado en estas condiciones particulares. 5- Para definir el concepto de accidente, la POL 3 2013 0600 establece en su Artículo N° 2 Definiciones, expresamente lo



Foja: 1

siguiente: - Accidente: Para los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones. 6- De la misma manera, cabe hacer presente a vuestra Comisión que dentro de la documentación analizada por parte de nuestra Compañía, se encontró copia de los antecedentes médicos del Sr. Piazza, donde se presentan las siguientes enfermedades: Accidente Cerebrovascular Hemorrágico, Hipertensión arterial, aki perrenal, infección urinaria, anemia normocítica, agitación psicomotora, constipación. 7- En virtud de lo anteriormente señalado, y en virtud del análisis realizado, nuestra Compañía llegó a la conclusión de rechazar la solicitud de cobertura e indemnización realizada por el Asegurado, todo ello en atención a que los diagnósticos que afectaron al Sr. Piazza no se ajustan a la definición de accidente indicada en punto 5 precedente”, citó.

Expresó que, sin perjuicio de lo anterior, el siniestro también fue rechazado toda vez que, la denuncia se efectuó de manera extemporánea. Para tener derecho a reclamar judicialmente el cumplimiento del contrato de seguros, indicó, primero debe haberse denunciado en tiempo y forma el siniestro, agregando que el demandante, conforme al tenor de la solicitud de incorporación acompañada él mismo en autos, tenían la obligación de comunicar el siniestro –citando la póliza- “... tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento del mismo.”, agregando que lo dispuesto en la póliza armoniza, con lo dispuesto en el artículo 524 número 7 del Código de Comercio.



Foja: 1

Alegó que el principio de la buena fe tiene una especial importancia en materia de seguros, especialmente en relación al deber del asegurado de revelar las circunstancias del riesgo. La importancia de este principio en la configuración de este contrato, agregó, ha sido recogida por distintos cuerpos normativos tanto en su antigua regulación como en la actual (Ley 20.667/2013). No se trata, refirió, de proveer una definición del principio, ni menos aún de una delimitación expresa de su ámbito de actuación, sino más bien de la configuración de elementos que contribuyen en la adecuada interpretación contractual. Entre ellos, prosiguió, destacan: la delimitación de las obligaciones/deberes de las partes (Ej. Art. 524, 525, 526, 529); la ineficacia del contrato en los casos de siniestros originados en dolo o culpa Grave del propio asegurado (Art. 535 Cco.); o por debido a que el asegurado proporciona información sustancialmente falsa al asegurador (Art. 539 Cco.), indicó.

Señaló que en este caso, resulta evidente, en su concepto, que el demandante no cumplió con su obligación de dar aviso del siniestro dentro del plazo establecido, ya que el siniestro ocurrió con fecha 5 de Octubre de 2017 y la denuncia se efectuó recién el 18 de abril de 2018, es decir casi 6 meses de ocurrido el hecho.

A continuación, alegó que acceder a la demanda constituiría un enriquecimiento y la indemnización no puede ser constitutiva de lucro:

Al respecto, citó el artículo 550 del Código de Comercio, que establece –citándolo- que “Respecto del asegurado, el seguro de daños es un contrato de mera indemnización y jamás puede constituir para él la oportunidad de una ganancia o enriquecimiento.”

Expuso que si bien el asegurado admite en su demanda que ya fue indemnizado, omite señalar que dicho pago se efectuó con cargo a la cobertura de enfermedades graves, la que encuentra su cobertura en el condicionado POL 320130369 denominada “Póliza de Seguro Enfermedades Graves”.



Foja: 1

Indicó que dicha póliza define enfermedad –citándola- como “El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el asegurado.”.

Asimismo, dicha póliza señala –citándola- que “Para los efectos de esta póliza se entiende por Enfermedades Graves las que se indican a continuación y cuyo riesgo haya sido expresamente contratado por el contratante, quedando éste debidamente expresado en las Condiciones Particulares de la Póliza... C. Accidente Vascular Encefálico. La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o suaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.”.

Alegó que, pese a que la póliza establece un período de carencia de 90 días, y que el siniestro se produjo precisamente en el período en que el asegurado no tenía derecho a indemnización, su parte de buena fe autorizó el pago comercial de la póliza, circunstancia que quedó reflejada en el informe de liquidación del Siniestro 445100.

Estimó que la demanda entonces persigue una doble indemnización por un mismo hecho, pretendiendo que el mismo sea cubierto tanto como enfermedad, y luego como un accidente, circunstancia inadmisibles que escapan a lo pactado en la póliza, y que constituiría un enriquecimiento sin causa alguna, indicó.

A continuación, formuló alegaciones sobre los pagos y daños reclamados:



Foja: 1

Al respecto, señaló que controvierte los perjuicios demandados, estimando que en el presente caso, no se cumplen los requisitos necesarios mínimos para imputar un incumplimiento contractual a mi representada, quien al momento de rechazar el siniestro actuó diligentemente.

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

Controvirtió además la pretensión de pago de UF. 450.- correspondiente al cumplimiento forzado, por lo ya expuesto y reseñado.

En cuanto al daño moral, consideró que el actor pretende montos exorbitantes, agregando que dicho daño es improcedente en sede contractual excepto por algunos casos excepcionales como en la responsabilidad médica y el transporte de pasajeros, en que nuestros tribunales en ocasiones han concedido el daño moral, no obstante lo cual, afirmó, en casos como el de autos, el daño moral escapa absolutamente a la previsibilidad del daño, establecida en artículo 1558 del Código Civil.

Petitorio de la contestación: solicitó que se desestime la demanda con costas, y, en subsidio, que se reduzca a términos razonables la pretensión indemnizatoria de la demandante.

En folio 32, se tuvo por evacuada la réplica en rebeldía de la demandante.



Foja: 1

En folio 33, la demandada evacuó la dúplica, sin añadir nuevos antecedentes sustanciales.

En folio 41 se realizó el comparendo de conciliación, debidamente notificado, con la asistencia de los apoderados de ambas partes, entre quienes, previo llamado del Tribunal, no se produjo conciliación.

En folio 44 se dictó la interlocutoria de prueba, debidamente notificada a las partes, contra la cual la demandada interpuso en folio 48 recursos de reposición y, en subsidio, apelación, resueltos en folio 53, en el sentido de desestimar el primero y conceder el segundo, el cual, a su vez, fue declarado desistido por el Tribunal de Alzada, según se certificó en autos en forma previa a esta sentencia.

En folio 107 se citó a las partes a oír sentencia.

En folio 111 se dictó la medida para mejor resolver allí singularizada, la que resultó fallida, de acuerdo con lo resuelto en folio 118.

CONSIDERANDO:

I.- EN CUANTO A LA TACHA:

PRIMERO: Que en la audiencia de folio 65, la demandante alegó la inhabilidad del testigo de la demandada, don HERNÁN RAMÓN CARRASCO SÁNCHEZ, individualizado en autos, por la causal de los numerales 5 y 6 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, alegando, en cuanto a la primera, que el testigo es trabajador de la demandada, y, en cuanto a la segunda, que en virtud de esa relación laboral hay un interés que responde a la misma.

SEGUNDO: Que, evacuando el respectivo traslado, la demandada solicitó el rechazo de las tachas deducidas, argumentando que, al ser una disputa relacionada con un contrato de seguros se aplica la norma del artículo 543 del Código de Comercio, cuyo N° 4,



Foja: 1

refirió, autoriza al tribunal a valorar la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, y, al ser una norma especial, prima sobre la normativa general del Código de Procedimiento Civil, no siendo aplicable la tacha a este juicio.

TERCERO: Que, primeramente, el artículo 543 del Código de Comercio no deroga los artículos 357 y 358 del Código de Procedimiento Civil, aplicables al presente procedimiento en razón de su naturaleza. En este contexto, y analizando el fondo de la incidencia planteada, se advierte que el testigo, preguntado sobre si tiene una relación laboral con la demandada, respondió que sí, y se desempeña como jefe de control de calidad para la compañía de seguros BNP PARIBAS CARDIF, cargo en el cual tiene la responsabilidad –declaró– de aprobar o rechazar todos los siniestros que se cursan en la compañía. Así las cosas, del solo mérito de la declaración del testigo, se observa que respondió en forma directa y afirmativa a la pregunta de tener una relación laboral con la compañía demandada, y que su cargo dentro de ella es el de jefe de control de calidad, encargado de aprobar o rechazar los siniestros cuya cobertura reclaman los asegurados, labor que, evidentemente, difícilmente podría ser desempeñada en forma gratuita y sin un régimen que implique una prestación habitual de servicios bajo subordinación o dependencia, a cambio de una remuneración periódica, elementos necesarios para configurar la causal del N° 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil, por lo cual se acogerá esta causal, y se omitirá el pronunciamiento sobre la causal del N° 6 del mismo artículo, por ser incompatible con lo ya decidido. Por estos motivos, serán acogidas parcialmente las inhabilidades en cuestión, solo en lo referido a la causal del N° 5 del artículo mencionado.

CUARTO: Que, en la audiencia de folio 81, la demandante alegó la inhabilidad del testigo de la demandada, don MARIO OSVALDO DARRIGRANDI URRUTIA, individualizado en autos, por las causales de los numerales 5 y 6 del artículo 358 del Código de Procedimiento



Foja: 1

Civil, alegando, en cuanto a la primera, que ha declarado el testigo que presta servicios a la demandada, existiendo una relación laboral, y, en cuanto a la segunda, que en virtud de esa relación laboral existe un interés destinado a que su empleador tenga un resultado beneficioso en este juicio.

QUINTO: Que, evacuando el respectivo traslado, la demandada solicitó el rechazo de las tachas, alegando que en este juicio se aplica la normativa especial de seguros, y no son aplicables las tachas conforme a lo dispuesto en el artículo 543 del Código de Comercio, que, según citó, dispone que en estos juicios la prueba se evalúa conforme a la sana crítica, sin perjuicio de lo cual, en cuanto a la causal del N° 5 de la norma referida, el testigo en ningún momento señaló mantener una relación laboral con la demandada, sino que presta servicios a honorarios, situación jurídica opuesta a una relación laboral, y, aun cuando existiese una relación laboral, la doctrina y jurisprudencia modernas señalan que la normativa laboral vigente ampara por la vía de la tutela, la imparcialidad en la declaración de los trabajadores, en caso de represalias del empleador. En cuanto a la tacha del N° 6 del mismo artículo, alegó que el testigo ni siquiera fue interrogado por un supuesto interés patrimonial en el resultado del juicio, por lo que la tacha se fundamenta en suposiciones y hechos no acreditados, agregando que, consultado el testigo sobre el resultado del juicio, señaló no tener interés alguno en el mismo, y sobre su independencia en su declaración, se remitió a lo ya alegado respecto a la causal del N° 5 del artículo en comento.

SEXTO: Que, primeramente, el artículo 543 del Código de Comercio no deroga los artículos 357 y 358 del Código de Procedimiento Civil, aplicables al presente procedimiento en razón de su naturaleza. En este contexto, y analizando el fondo de la incidencia planteada, se advierte que el testigo respondió a las preguntas de tacha, que trabaja a honorarios con la demandada en eventos de conocimiento médico, que no tiene interés en el resultado del juicio, y



Foja: 1

que vino a declarar por un documento escrito con respecto al evento de marras, sin que la incidentista haya aportado mayores antecedentes justificativos de las inhabilidades opuestas. Así las cosas, del mérito de la declaración del testigo, se observa que el testigo solo reconoció prestar servicios a honorarios para la demandada, situación que, desde el punto de vista de su naturaleza jurídica, y ante la falta de mayores antecedentes aportados por la incidentista, por sí sola resulta insuficiente para estimar en forma indubitada que exista una prestación habitual de servicios por parte del testigo a la demandada, bajo subordinación y dependencia, a cambio de una remuneración periódica, elementos necesarios para configurar la causal del N° 5 del artículo 358 del Código de Procedimiento Civil. Por otro lado, en virtud de lo señalado precedentemente, no se advierte suficientemente la existencia en él de un interés de carácter patrimonial en el resultado de este juicio en particular, circunstancia necesaria para configurar la causal del N° 6 del mismo precepto legal. Por estos motivos, serán desestimadas las inhabilidades en cuestión.

II.- EN CUANTO AL FONDO:

SÉPTIMO: Que don IGNACIO CELIS ROZZ, en representación judicial de don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL, dedujo demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguro, con indemnización de perjuicios, en contra de la COMPAÑÍA ASEGURADORA BNP PARIBAS CARDIFF SEGUROS DE VIDA S.A., representada por su gerente general, don VIVIEN FEDERIC GEORGES BERBIGIER, todos ya individualizados en autos, y, en virtud de los fundamentos de hecho y de derecho que se reproducen en la parte expositiva de la sentencia, solicitó que en definitiva se condene a la demandada a hacer efectiva la cobertura de la póliza N°216051089, cubriendo, en consecuencia, el pago estipulado en el contrato de seguro entre don Luis Piazza Queupil con la aseguradora BNP PARIBAS CARDIFF SEGUROS DE VIDA CHILE S.A., por Incapacidad Total y Permanente dos tercios, declarada según



Foja: 1

Dictamen de Invalidez N° 255 de fecha 28 de febrero de 2018, emitido por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez Oriente (COMPIN ORIENTE), como consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido en su lugar de trabajo, por un monto de UF 450, en su equivalente en moneda nacional a la fecha de su pago efectivo, más la indemnización de perjuicios por daño moral consistente en \$20.000.000.- (vente millones de pesos), o la suma que el tribunal determine, más los intereses correspondientes para operaciones de crédito de dinero reajustables, devengados en el período comprendido entre la fecha en que se le dictaminó su invalidez 2/3 (dos tercios) por la institución correspondiente, y aquélla en que la sentencia que se dicte en la presente causa quede firme y ejecutoriada, o desde la fecha que el tribunal se sirva fijar, todo ello con costas.

OCTAVO: Que la demandada contestó el libelo dirigido en su contra y, en virtud de los fundamentos reproducidos en la parte expositiva, solicitó el rechazo del mismo o, en subsidio, que se reduzca a un monto razonable, en su concepto, la pretensión indemnizatoria ejercida por su contraparte.

NOVENO: Que, del análisis del contenido de los escritos que componen la etapa de discusión, se advierte que son hechos no controvertidos entre las partes, los siguientes:

- a) Que el demandante, don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL suscribió, en calidad de asegurado, un contrato de seguro con la Compañía Aseguradora BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A.
- b) Que dicho contrato se encontraba vigente cuando ocurrió el siniestro consistente en que con fecha 5 de octubre de 2017, don Luis Piazza Queupil, sufrió un accidente cerebro vascular (ACV) en su lugar de trabajo, que en definitiva condujo a la declaración de incapacidad total y permanente del Sr. Piazza, por parte de la COMPIN.



Foja: 1

- c) Que el Sr. Piazza solicitó a la compañía aseguradora demandada el pago de la cobertura por dicho accidente cerebro vascular, conforme a la póliza vigente, pero la aseguradora rechazó el pago de esa cobertura, por encontrarse el Sr. Piazza dentro del denominado “período de carencia” establecido en el contrato, lapso en el cual no había adquirido aún el derecho a indemnización. Asimismo, la aseguradora desestimó la impugnación del asegurado respecto de dicha decisión, quien elevó los antecedentes al organismo público fiscalizador (Comisión para el Mercado Financiero).
- d) Que, no obstante lo anterior, con posterioridad, la aseguradora demandada pagó el referido siniestro al asegurado, Sr. Piazza, con cargo a la cobertura por “enfermedades graves”, contemplado en la póliza contratada.
- e) Que, por otro lado, el demandante, Sr. Piazza, solicitó a la aseguradora demandada el pago de la cobertura por la incapacidad total y permanente que le fue dictaminada por COMPIN, conforme a la póliza vigente, pero la aseguradora rechazó el pago, por estimar que la incapacidad en cuestión no se produjo en los términos contratados en la póliza.

DÉCIMO: Que, del examen del proceso, se advierte que la controversia de hecho ventilada en él, radica en dirimir acerca de las circunstancias del siniestro referido por la demandante en su libelo; las cláusulas, condiciones y estipulaciones del contrato de seguro celebrado por las partes de este juicio; el cumplimiento dado por las partes al referido contrato; la efectividad de existir una indemnización otorgada al demandante, con ocasión del siniestro denunciado; en su caso, naturaleza, oportunidad y monto de la misma; daños alegados por la demandante, como también la naturaleza, entidad y monto de



Foja: 1

los mismos; y la relación de causalidad entre los perjuicios alegados y un eventual incumplimiento por parte de la demandada.

UNDÉCIMO: Que el **demandante**, a fin de comprobar sus dichos, aportó al proceso las siguientes pruebas:

I.- **INSTRUMENTAL**, consistente en los documentos inobjutados que se reseñan a continuación:

1. Copia de póliza Seguro de Vida Familiar Full de fecha 10 de julio de 2017.
2. Copia de notificación Informe de Liquidación de 20 de febrero de 2018.
3. Copia de notificación Informe de Liquidación de Siniestro, de fecha 3 de mayo de 2018.
4. Copia de Certificado de Discapacidad de don Luis Alberto Piazza Queupil, emitido por el Servicio de Registro Civil e Identificación.
5. Copia de Credencial de Discapacidad, otorgada por el Servicio de Registro Civil e Identificación.
6. Copia de presentación de 24 de mayo de 2018, ante la Compañía Aseguradora, impugnando Informe de Liquidación de Siniestro de 3 de mayo de 2018.
7. Copia de carta de 30 de mayo de 2018, del Gerente Defensoría de Clientes de BNP PARIBAS CARDIF SEGUROS DE VIDA S.A., rechazando la impugnación al Informe de Liquidación de siniestro de 3 de mayo de 2018.
8. Copia de OFORD N° 23371, de fecha 31 de agosto de 2018, de la Comisión para el Mercado Financiero.
9. Copia de OFORD N° 28829, de fecha 26 de octubre de 2018, de la Comisión para el Mercado Financiero.



Foja: 1

10. Documento titulado "Formulario denuncia de siniestros Vida Familiar Full".
11. Documento titulado "Cuestionario medico por enfermedad hemorragia intercerebral".
12. Epicrisis del paciente Luis Alberto Piazza Quentil.
13. Documento titulado "Información de seguros", de fecha 8 de febrero de 2018.
14. Documento titulado "Solicitud de incorporación y certificado de cobertura seguro de vida familiar full", Folio 48.0115219-3.
15. Documento titulado "Formulario evaluación de siniestro".
16. Carta de fecha 29 de mayo de 2018.
17. Carta de fecha 3 de mayo de 2018.
18. Documento "Actividad del caso, Información de requerimiento".
19. Carta de fecha 10 de octubre de 2018.
20. Carta de fecha 3 de septiembre de 2018.
21. Carta de fecha 20 de junio de 2018.
22. Informe de liquidación de Siniestro, de fecha 20 de junio de 2018.

II.- **TESTIMONIAL**, ofrecida en folio 54, se tuvo presente en folio 55 y se rindió en la audiencia de folio 68, con la asistencia de los apoderados de ambas partes, y los siguientes testigos, quienes, previamente juramentados en forma legal, declararon lo siguiente:

A) Don RICHARD WENCESLAO GUTIÉRREZ ROJAS, transportista, contra quien no se alegó inhabilidad, declaró



Foja: 1

que conoce a don Luis Piazza porque vive cerca de su barrio, alrededor de 10 cuadras, y lo conoce hace alrededor de 4 años. Expuso que hace 2 años atrás, por intermedio de otro vecino, se enteró de que a Luis le había dado un infarto cardiovascular, por lo cual se acercó a su familia, ya que los ubicaba, y así se enteró de su enfermedad. Señaló que cuando lo conoció hace 4 años era una persona sana, y cuando lo visitó en el hospital, lo vio conectado a un respirador artificial, y desde entonces en adelante los daños físicos son grandes, agregando que la última vez que lo vio andaba en silla de ruedas, y además le cuesta hablar, modular. Indicó que se enteró alrededor del segundo día desde que sufrió el infarto y lo visitó en el Hospital de La Florida. Indicó que, como consecuencia de la incapacidad, él no puede trabajar para poder subsistir, se han realizado bingos y existe ayuda diaria de los vecinos, añadiendo que no se puede valer por sus propios medios.

B) Don RICARDO EDISON ENCINA FERRADA, pintor, contra quien no se alegó inhabilidad, declaró que conoce a don Luis (sic) hace cerca de 8 años atrás porque fueron compañeros de trabajo en DERCO, y hace un año supo lo que le ocurrió, por intermedio de otro amigo, con quien trabajaban en el mismo rubro. Señaló que cuando lo vio (al demandante) estaba postrado, por lo que no puede trabajar, añadiendo que la esposa (del demandante) le comentó que fue un accidente cardiovascular y que se encuentra inválido. Indicó que, por lo que le comentó ella (la esposa del demandante), él estaba en el trabajo, fue al baño, se cayó y ahí fue el accidente. Señaló que la discapacidad diagnosticada al Sr. Piazza afectó toda su manera de vivir, ya que no tiene los medios económicos y médicos, agregando que se le han hecho bingos y además, el testigo pertenece a una congregación evangélica y le han



Foja: 1

llevado mercaderías a su hogar. Refirió que el actor no ha tenido dinero para comprar sus medicamentos, ha tenido problemas con los estudios de los niños (sic) y el testigo ha visto que han pasado necesidades.

C) Don LUIS ALBERTO VILLAGRA MACHUCA, conductor, contra quien no se alegó inhabilidad, declaró que conoce al Sr. Piazza hace 8 o 9 años aproximadamente, a través de su esposa (del demandante), ya que la esposa del testigo trabajó junto a ella, y el testigo llevaba su automóvil a don Luis (sic) para arreglarlo, viéndolo entre una a tres veces al año, aproximadamente. Indicó que llevó a arreglar el automóvil en el mes de abril y la señora (del demandante) salió de su domicilio y le contó que don Luis (sic) había sufrido un accidente cardiovascular, lo pasó a ver y él estaba en cama sin hablar, no hacía nada, agregando que la esposa del actor le contó que éste, estando en el baño de su trabajo, sufrió el accidente. Indicó que cuando lo fue a ver, él estaba postrado en la cama, y a través de la esposa del testigo, los invitaban a participar en bingos para cubrir los gastos de kinesiología. Refirió que ha visto al demandante muy triste, ya que él contaba con el seguro y le ha traído problemas hasta para su recuperación, indicando que la última vez que lo vio, el demandante le señaló que no quería tomar más esa terapia por problemas monetarios.

DUODÉCIMO: Que la **demandada**, a fin de acreditar lo correspondiente, aportó al proceso las siguientes pruebas:

I.- **INSTRUMENTAL**, consistente en los documentos inobjutados que se reseñan a continuación:

1. Informe Caso Luis Piazza Quepil, Siniestro 448793, elaborado por don Mario Darridrandi Urrutia, de fecha 14 de diciembre de 2019.



Foja: 1

2. Documento titulado “El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador”, Álvaro Moyano V. Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCh.
3. Documento titulado “Acute Stroke Diagnosis”, Kenneth S. Yew, MC, USN, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland. Eric Cheng, Md, Ms, University of California, Los Angeles, Departamento Of Neurology, Los Angeles, California.
4. Documento titulado “Part 11: Adult Stroke, 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”, Edward C. Jauch, Co-Chair; Brett Cucchiara, Co-Chair; Opeolu Adeoye; William Meurer; Jane Brice; Yvonne (Yu-Feng) Chan; Nina Gentile; Mary Fran Hazinski.
5. Documento titulado “ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto”, Guía Clínica 2007 abreviada.
6. Documento titulado “Incidence, case- fatality rate, and prognosis of ischaemic stroke subtypes in a predominantly Hispanic-Mestizo population in Iquique, Chile (PISCIS project): a community- based incidence study.
7. Documento titulado “Informe final, estudio de carga de enfermedad y carga atribuible”, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, Julio 2008.
8. Documento titulado “It This Patient Having a Stroke?”.

II.- **TESTIMONIAL**, ofrecida en folio 56, se tuvo presente en folio 57, y se rindió en la audiencia de folio 65, con la asistencia de los apoderados de ambas partes y los siguientes testigos, quienes, previamente juramentados en forma legal, declararon lo siguiente:



Foja: 1

A) Don HERNÁN RAMÓN CARRASCO SÁNCHEZ, individualizado en autos, cuyas tachas opuestas por la demandante fueron acogidas parcialmente en el motivo tercero, por ser trabajador dependiente de la demandada, declaró que en el siniestro sub lite, tuvo la responsabilidad de aprobar el dictamen de rechazo del mismo, toda vez que, refirió, no se trató de un accidente sino de una enfermedad, agregando que la definición de accidente corresponde a un evento o suceso imprevisto, fortuito, causado por un evento externo que provoque daños y en este caso particular, el accidente cerebro vascular es de origen interno y no externo como establece el concepto de accidente, motivo por el cual el siniestro no tiene cobertura. Señaló que la póliza de marras tiene varias coberturas, una de ellas es la de enfermedades graves y dicho siniestro fue dictaminado a pago al beneficiario por la suma de UF 80, y no hay duda que tratándose de una accidente cerebro vascular correspondía dictaminar su pago. Indicó que en un principio la cobertura de enfermedades graves fue rechazada por el concepto de carencia, esto es, que el asegurado no cumplió el período de 90 días sin utilizar alguna de las coberturas de la póliza, pues antes de los 90 días sufrió la enfermedad grave, pero posteriormente, a través de gestiones comerciales realizadas por la Caja de Compensación Los Andes, la Compañía de Seguros BNP Paribas Cardif autorizó levantar la exclusión de la carencia, única y exclusivamente por razones comerciales, lo que originó el pago posterior de UF 80, indicando que por su cargo, no tiene la responsabilidad de conocer los motivos comerciales presentados, sino que le compete solo aceptar la autorización dada por la Gerencia Comercial, y proceder a la evaluación del siniestro sin considerar la exclusión de carencia.



Foja: 1

B) Don MARIO OSVALDO FRANCISCO DARRIGRANDI URRUTIA, individualizado en autos, cuyas tachas opuestas por la demandante fueron desestimadas en el motivo sexto, declaró que para efectos de la cobertura del siniestro derivado de un evento accidente, este evento debe ser de causa externa, y por tanto, no estarían cubiertos los eventos o accidentes de causa interna, como le ocurrió al asegurado, agregando que los accidentes de causa interna son los que provienen de eventos que se originan en enfermedades como podrían ser los accidentes cardiovasculares u otros que incluso se han denominado catástrofes, como la perforación de una víscera intestinal que pueden llevar al fallecimiento de una persona, lo cual lo sabe porque dentro de sus conocimientos en la medicina criminalística, la cual ejerció durante 17 años en la Policía de Investigaciones de Chile, ello le ha llevado a concurrir en múltiples ocasiones a tribunales por motivos médico-legales. Previa exhibición del documento acompañado con fecha dos de enero de dos mil veinte, titulado "Informe Caso Luis Piazza Quepil, Siniestro 448793 (N° 1 de la instrumental descrita previamente, en este apartado), declaró que conoce el documento, y que fue redactado y firmado por él.

DECIMOTERCERO: Que, en folio 111 se decretó la medida para mejor resolver allí señalada, la que resultó fallida, de acuerdo con lo resuelto en folio 118.

DECIMOCUARTO: Que, del análisis del contenido de las probanzas rendidas en autos, reseñadas en los motivos decimotercero y decimocuarto, consistentes en instrumental legalmente acompañada por cada una de las partes, no objetada por su respectiva adversaria, y valorada de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 342 y 346 del Código de Procedimiento Civil, y 1700, 1702 y 1703 del Código Civil; y testimonial rendida en forma legal por cada una de las partes, con



Foja: 1

tachas parcialmente acogidas (interpuestas por la demandante contra los dos testigos de la demandada, según lo dispuesto en los motivos tercero y sexto), y valorada de conformidad con lo prescrito en los artículos 383 y 384 del Código de Procedimiento Civil; y en absolución de posiciones solicitada por la actora respecto del representante legal de la demandada, rendida en forma legal, y valorada con arreglo a lo dispuesto en los artículos 399 del Código de Procedimiento Civil y 1713 del Código Civil; se tienen por acreditados los siguientes hechos:

- A) Que entre, con fecha 10 de julio de 2017, entre las partes del juicio, esto es, don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL y BPN PARIBAS CARDIF, se celebró un contrato de seguro, intermediado por Caja de Compensación Los Andes, conforme al cual el asegurado titular es don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL, incorporando además como beneficiaria a su cónyuge, doña ANGÉLICA MARÍA GUAPO LLANCAMAN. En dicho contrato se estableció, entre otras, una cobertura por “enfermedades graves” y otra por “incapacidad total y permanente 2/3 por accidente”, por el monto total de UF 80 la primera y UF 450 la segunda, para el asegurado titular, esto es, el actor de marras, a cambio del pago de una prima mensual de UF 0,2027. En cuanto a la cobertura por “enfermedades graves”, se estableció en el contrato que ella cuenta con una carencia de 90 días, entendiéndose por carencia el período de tiempo contado desde el inicio de la vigencia de la cobertura, durante el cual el asegurado no tiene derecho a indemnización por los siniestros ocurridos dentro de este período. En cuanto a la vigencia, se acordó que la póliza comienza a regir desde el 1 de mayo de 2016 hasta el 30 de abril de 2017, renovándose automáticamente por períodos anuales. En cuanto a los términos específicos de las coberturas, el contrato establece que, respecto de



Foja: 1

aquella por “incapacidad total y permanente dos tercios por accidente – póliza 320130600, art. 4), se entiende por “incapacidad permanente dos tercios”, la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia del accidente, de a los menos dos tercios de la capacidad de trabajo, evaluado conforme al D.L. N° 3.500, DE 1980, y, por su parte, se entiende por “accidente”, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado, provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones. Por su parte, respecto de la cobertura por “enfermedades graves”, el contrato dispone que las enfermedades graves cubiertas por la póliza (N° 320130369, artículo 3°) son, entre otras, el “accidente vascular encefálico”, definiéndolo como la enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente, incluyéndose en la cobertura, el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o suaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal.

B) Que don LUIS ALBERTO PIAZZA QUEUPIL, demandante en autos, fue declarado por con incapacidad severa, de un 82,50%, física (causa principal) y mental psíquica (causa secundaria), con movilidad reducida y sin fecha de



reevaluación, por parte de la COMPIN – Oficina Oriente, mediante dictamen N° 255 de fecha 28 de febrero de 2018.

C) Que, solicitada por el actor la cobertura por “incapacidad total y permanente por accidente”, la misma fue rechazada por la compañía aseguradora demandada, en informe de liquidación de fecha 3 de mayo de 2018, por estimar que el diagnóstico no se encuentra cubierto en la póliza suscrita, dado que –refiere- el diagnóstico de accidente cerebrovascular hemorrágico del asegurado, no se ajusta a la definición de “accidente” de la póliza, no procediendo la indemnización solicitada, agregando que el siniestro fue denunciado fuera del plazo de la póliza.

D) Que, con fecha 20 de junio de 2018, la aseguradora demandada emitió un informe de liquidación de siniestro, mediante el cual aprobó el pago al asegurado, de la suma de 80 Unidades de Fomento, por el siniestro ocurrido el 5 de octubre de 2017, cuya causa es “enfermedades graves”, consistiendo ésta en un accidente vascular encefálico hemorrágico, siniestro denunciado el 12 de febrero de 2018, y pagado al asegurado, Sr. Piazza Queupil.

E) Que, de acuerdo con el contenido del documento señalado en el N° 1 de la instrumental reseñada en el apartado duodécimo, inobjeto y reconocido por su autor en la audiencia de prueba testimonial reseñada en el mismo apartado, suscrito por Mario Darrigardi Urrutia, en calidad de médico, RUT N° 4.666.325-K, el accidente vascular encefálico (ACV) es una emergencia médica que ocurre cuando se interrumpe el suministro de sangre al cerebro o cuando existe un sangrado en el cerebro, y, revisados los antecedentes clínicos disponibles, el accidente vascular



encefálico del Sr. Piazza tiene una causa interna y no externa, adjuntando la literatura que indica.

DECIMOQUINTO: Que la **acción de cumplimiento contractual forzado** entablada en estos autos, está consagrada en el artículo 1489 del Código Civil a favor del contratante diligente de un contrato bilateral incumplido por su contraparte, al disponer dicho precepto que “En los contratos bilaterales va envuelta la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado. Pero en tal caso podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”.

En consecuencia, los requisitos de procedencia de la acción en comento son, copulativamente: (a) la existencia de un contrato bilateral, esto es, que genere obligaciones recíprocas para las partes; (b) la efectividad de un incumplimiento de dicho contrato; (c) la necesidad de que dicho incumplimiento se deba a culpa o dolo del contratante infractor, requisito que se desprende de lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 1547 del Código Civil y del sistema subjetivo de responsabilidad civil contractual que éste consagra para la perseguida en el pleito; y (d) que el contratante que pide el cumplimiento forzado, no se encuentre en mora de cumplir sus obligaciones o que al menos se encuentre llano a cumplirlas, requisito que se concluye de lo establecido en el artículo 1552 del Código Civil.

DECIMOSEXTO: Que, en cuanto al primero de los requisitos señalados en el apartado anterior, esto es, la existencia de un contrato bilateral entre las partes, este se tendrá por cumplido, en virtud de lo asentado en el literal A del basamento noveno, lo que guarda coherencia con lo comprobado en el literal “A” del fundamento decimocuarto, conforme a los cuales se ha establecido la existencia y contenido del contrato de seguro acordado entre las partes, el cual establece obligaciones recíprocas para ambas.



Foja: 1

Sobre el particular, el artículo 512 del Código de Comercio, que define al contrato de seguro, prescribe que “Por el contrato de seguro se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufiere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas. Los riesgos pueden referirse a bienes determinados, al derecho de exigir ciertas prestaciones, al patrimonio como un todo y a la vida, salud e integridad física o intelectual de un individuo. No sólo la muerte sino que también la sobrevivencia constituyen riesgos susceptibles de ser amparados por el seguro. Las normas de este título rigen a la totalidad de los seguros privados. No son aplicables a los seguros sociales, a los contratos de salud regulados por el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2006, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, ni al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales”.

DECIMOSÉPTIMO: Que, en cuanto al segundo requisito señalado en el motivo decimoquinto, esto es, el incumplimiento del contrato de seguro establecido en el apartado anterior, por parte de la compañía aseguradora demandada, el Tribunal no lo tendrá por establecido, por las razones que se señalan a continuación.

En primer término, son hechos pacíficos entre ambas partes, asentados en el motivo noveno, que el contrato de seguro sub lite se encontraba vigente cuando ocurrió el siniestro consistente en el accidente cerebro vascular sufrido por el actor con fecha 5 de octubre de 2017, que en definitiva condujo a su declaración de incapacidad total y permanente por parte de la COMPIN, y, solicitado por el actor el pago de la cobertura por dicho accidente cerebro vascular, conforme a la póliza vigente, la aseguradora rechazó el pago de la misma, por encontrarse el Sr. Piazza dentro del denominado “período de carencia” establecido en el contrato, lapso en el cual no había adquirido aún el derecho a indemnización, no obstante lo cual, con posterioridad, la



Foja: 1

aseguradora demandada pagó el referido siniestro al asegurado, Sr. Piazza, con cargo a la cobertura por “enfermedades graves”, contemplado en la póliza contratada. A su vez, el actor solicitó a la aseguradora demandada el pago de la cobertura por la incapacidad total y permanente que le fue dictaminada por COMPIN, pero la aseguradora rechazó el pago por estimar que la incapacidad en cuestión no se produjo en los términos contratados en la póliza.

En segundo lugar, ha quedado acreditado en el basamento decimocuarto, que el demandante, una vez que fue declarado con incapacidad severa, de un 82,50%, por parte de la COMPIN – Oficina Oriente, mediante dictamen N° 255 de fecha 28 de febrero de 2018, solicitó a la aseguradora demandada la cobertura por “incapacidad total y permanente por accidente”, lo que fue rechazado por la demandada, en informe de liquidación de fecha 3 de mayo de 2018, por estimar que el diagnóstico no se encuentra cubierto en la póliza suscrita, dado que –refiere- el diagnóstico de accidente cerebro vascular hemorrágico del asegurado, no se ajusta a la definición de “accidente” de la póliza, no procediendo la indemnización solicitada, agregando que el siniestro fue denunciado fuera del plazo de la póliza. Sin embargo, con fecha 20 de junio de 2018, la aseguradora demandada emitió un informe de liquidación de siniestro, mediante el cual aprobó el pago al asegurado, de la suma de 80 Unidades de Fomento, por el siniestro ocurrido el 5 de octubre de 2017, cuya causa es “enfermedades graves”, consistiendo ésta en el accidente vascular encefálico hemorrágico del asegurado, siniestro que en definitiva fue pagado a éste.

Por otro lado, también ha quedado comprobado en el fundamento decimocuarto, que, en cuanto a los términos específicos de las coberturas, el contrato celebrado entre las partes establece que, respecto de aquella por “incapacidad total y permanente dos tercios por accidente – póliza 320130600, art. 4), se entiende por “incapacidad permanente dos tercios”, la pérdida irreversible y



Foja: 1

definitiva, a consecuencia del accidente, de a los menos dos tercios de la capacidad de trabajo, evaluado conforme al D.L. N° 3.500, DE 1980, y, por su parte, se entiende por “accidente”, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado, provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones. Por su parte, respecto de la cobertura por “enfermedades graves”, el contrato dispone que las enfermedades graves cubiertas por la póliza (N° 320130369, artículo 3°) son, entre otras, el “accidente vascular encefálico”, definiéndolo como la enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente, incluyéndose en la cobertura, el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o suaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal.

A su turno, también resultó establecido en el considerando decimocuarto, que de acuerdo con el contenido del documento señalado en el N° 1 de la instrumental reseñada en el apartado duodécimo, inobjetado y reconocido por su autor en la audiencia de prueba testimonial reseñada en el mismo apartado, suscrito por Mario Darrigardi Urrutia, en calidad de médico, RUT N° 4.666.325-K, el accidente vascular encefálico (ACV) es una emergencia médica que ocurre cuando se interrumpe el suministro de sangre al cerebro o cuando existe un sangrado en el cerebro, y, revisados los antecedentes clínicos disponibles, el accidente vascular encefálico del Sr. Piazza tiene una causa interna y no externa, adjuntando la literatura que indica.



Foja: 1

En este contexto, se advierte que el lamentable accidente cerebro vascular ocurrido al actor durante la vigencia de la póliza sub lite, se encuentra asegurado bajo la cobertura por “enfermedades graves”, la cual específica y expresamente contempla el “accidente vascular encefálico”, cobertura cuyo pago fue aprobado y pagado por la aseguradora al asegurado. Y, por el contrario, la cobertura por incapacidad total y permanente por accidente, solicitada por el actor, fue desestimada por la demandada en atención a que el accidente cerebro vascular ocurrido a aquél no se ajusta a la definición contractual de “accidente” contenida en la póliza suscrita, dado que, de acuerdo a la prueba incorporada y admisible, se trata de una enfermedad de origen interno del organismo, y no de un accidente “causado por medios externos”, como lo define el contrato que rige a las partes.

A mayor abundamiento, de las pruebas rendidas en esta instancia, y en particular de la aportada por la parte demandante, no se advierten elementos de convicción que permitan determinar que el accidente cerebro vascular del demandado se originó en una causa externa a su organismo, o se produjo de alguna otra forma que se ajuste a la definición contractual de “accidente” contenida en la póliza de seguro vigente entre las partes, circunstancia que eventualmente podría activar la cobertura pactada por incapacidad total y permanente derivada de un accidente, en los términos de la convención celebrada.

En consecuencia, de lo razonado en el presente apartado, no se advierte en forma suficiente, la ocurrencia del incumplimiento contractual denunciado.

DECIMOCTAVO: Que, en cuanto a los restantes requisitos de procedencia de la acción de cumplimiento contractual forzado, señalados en el motivo decimoquinto, se omitirá el pronunciamiento a su respecto, por ser incompatible con lo decidido en el motivo anterior.



Foja: 1

DECIMONOVENO: Que, en consecuencia, en virtud de lo dispuesto en los fundamentos decimoséptimo y decimoctavo, corresponderá **desestimar la acción de cumplimiento contractual entablada.**

VIGÉSIMO: Que, en cuanto a la **acción de indemnización de perjuicios** entablada conjuntamente con la de cumplimiento contractual ya desestimada en el considerando previo, corresponderá también desestimarla, por ser dependiente de aquella, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 1.489 del Código Civil y, en consecuencia, no puede subsistir sin que se acoja la acción principal de la cual depende.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que las demás pruebas rendidas en autos, en nada alteran lo ya decidido en los motivos decimonoveno y vigésimo.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, en cuanto a las defensas de fondo de la parte demandada, alegadas en la contestación, corresponderá estarse a lo ya dispuesto en los apartados decimonoveno y vigésimo.

Por estas consideraciones, y visto, además, lo dispuesto en los preceptos legales citados por las partes; y los artículos 160, 170, 253 y siguientes, 262 y siguientes, 309 y siguientes, 318 y siguientes, 327 y siguientes, 341 y siguientes, 432 y 433, todos del Código de Procedimiento Civil, **se resuelve:**

I.- En cuanto a las tachas:

A) Que se **acogen parcialmente** las inhabilidades opuestas por la demandante contra el testigo de la demandada, don HERNÁN RAMÓN CARRASCO SÁNCHEZ, conforme a lo dispuesto en el motivo tercero.

B) Que se **desestiman** las inhabilidades opuestas por la demandante contra el testigo de la demandada, don MARIO



OSVALDO FRANCISCO DARRIGRANDI URRUTIA, conforme a lo dispuesto en el motivo sexto.

II.- En cuanto al fondo:

- c) Que se **desestima la acción de cumplimiento contractual, con indemnización de perjuicios**, en virtud de lo decidido en los apartados decimoséptimo, decimoctavo, decimonoveno y vigésimo.
- D) Que, respecto de la petición subsidiaria alegada por la demandada, se omitirá pronunciamiento considerando lo ya dispuesto respecto de la principal, por resultar inoficioso.
- E) Que no se condena en costas al actor por estimar que tuvo motivo plausible para litigar.

Regístrese, notifíquese a las partes y oportunamente archívense estos antecedentes.

ROL C-1.084-2019.

**PRONUNCIADA POR DOÑA SUSANA RODRÍGUEZ MUÑOZ,
JUEZA.**

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



C-1084-2019

Foja: 1



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 05 de abril de 2020, la hora visualizada corresponde al horario de invierno establecido en Chile Continental. Para la Región de Magallanes y la Antártica Chilena sumar una hora, mientras que para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar dos horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>