

PROCEDIMIENTO: Aplicación General.

MATERIA: Ordinario.

DEMANDANTE: JUAN VICENTE SIBILIA CONTRERAS.

DEMANDADA: SERVICIO TRANSPORTES INTEGRADOS LTDA. - TRAIN LTDA..

RIT: O-36-2020

RUC: 20- 4-0242329-4

Antofagasta, trece de marzo de dos mil veintiuno.

Vistos, oídos y considerando:

Primero: Que, compareció **Juan Vicente Sibilía Contreras**, RUN 10.798.529-8, con domicilio en Río Millahue N° 8978, de Antofagasta, quien interpuso demanda de cobro de indemnización, en contra de **Transportes Integrados Train Ltda.**, RUT 79.740.770-4, representada legalmente por Rodolfo Córdova Pérez, RUN 14.381.513-7, ambos con domicilio en calle Bolívar N 225, de Antofagasta, solicitando se acoja la demanda en todas sus partes con costas.

Segundo: Demanda. Que, el actor expone los siguientes fundamentos de hecho y derecho.

I.- Hechos: i) inicio: 20 de marzo de 2006; ii) función: chofer; iii) jornada laboral exenta de limitación, conforme lo dispone el artículo 22 del Código del Trabajo.

Precisa que su empleador contrató para todos los trabajadores un seguro de Vida e Invalidez, según Póliza N°398323 de la Compañía Chilena Consolidada, por un monto de 500 UF, la que se podía hacer efectiva con la Resolución de Invalidez emitida por la entidad correspondiente, sea pública o privada, cuyo pago de la prima era de cargo de la demandada, por lo que dicho beneficio pasó a formar parte de nuestro contrato de trabajo como un derecho adquirido.



Agrega que el 23 de diciembre de 2006 sufrió un accidente, con vapores de ácido, que afecto mi vista, lo cual no me permitió seguir desarrollando mis labores normalmente, comenzando una pérdida paulatina de su visión, a pesar de todas las gestiones medicas que se trataron durante todos estos años.

Que recién el 06 de diciembre de 2018, y en razón de su irrecuperabilidad y su invalidez permanente, fue emitida la Resolución N° 20182060, por la Mutual de Seguridad, que me declara una invalidez del 40% de incapacidad, la cual fue reevaluada aumentando al 50% la incapacidad con fecha 14 de mayo de 2019, resoluciones que se acompañare en la etapa procesal correspondiente.

Precisa que el contrato de seguro es el acuerdo por el cual una de las partes, el asegurador (Compañía de Seguro Chilena Consolidada), se obliga a resarcir de un daño o a pagar una suma de dinero a la otra parte, tomador (Trabajador), al verificarse la eventualidad prevista en el contrato (Invalidez), a cambio del pago de un precio, denominado prima, por el tomador (Empleador).

La eventualidad debe definirse como la ocurrencia del riesgo o evento dañoso contemplado en el contrato de seguros, y este ocurrió con la Resolución que declara la incapacidad de fecha 06 de diciembre de 2018, por tanto, a contar de aquella fecha nace la exigibilidad de la cobertura del daño.

Que, con la resolución de invalidez se acercó a dependencias de su ex empleador para que le indicara la manera de hacer valer el pago del seguro de Vida e Invalidez, quien sin ningún cuestionamiento se extendió una carta con fecha 13 de mayo de 2019, para que la presente a la aseguradora Compañía Chilena Consolidada, con la finalidad que dicha compañía haga operar el seguro, vale decir, pague el daño, donde da cuenta que el seguro de vida es un seguro colectivo.



Precisa que el 10 de junio de 2019, la Compañía de Seguro Chilena Consolidada, le informa que no podrán otorgar la indemnización al siniestro, toda vez que al momento del Accidente el 23 de diciembre de 2006, su ex empleador había sin causal alguna anulado dicha póliza, es decir, ni siquiera era por no pago de primas, sino que simplemente la anulo, y de la emisión de la Resolución de invalidez, la póliza ya se encontraba anulada, por parte del empleador.

Agrega que, concurrió nuevamente a su ex empleador, quien le volvió a asegurar que la compañía de seguros estaba negando el pago injustificadamente, ante lo cual procedió a realizar un reclamo en contra de la aseguradora Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. ante la Comisión Para El Mercado Financiero, quienes con fecha 12 de Julio de 2019, ampararon la respuesta de la Compañía de Seguros en razón de no existir seguro colectivo vigente a la fecha del siniestro.

Refiere que, el 4 de marzo de 2009 fue despedido de la empresa por la causal del artículo 160 N° 7 del Código del Trabajo, por lo que interpuso demanda por despido injustificado ante el Juzgado del Trabajo de Antofagasta causa RIT O-55-2009, demanda que fue desestimada.

II.- Denuncia del siniestro: refiere que, en cuanto contó con la resolución que le otorgaba la invalidez realizó las gestiones ante la Compañía de seguros Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. incluso antes de obtener la reevaluación que aumentaba la invalidez del 40% al 50%, dando cabal cumplimiento como asegurado de denunciar el siniestro antes del año.

Luego, precisa que el seguro es por invalidez y no por accidente laboral, por lo que el organismo competente para determinar la invalidez es la Mutual de Seguridad que es el organismo al que mi ex empleador nos afilió según ley 16.744, por lo que fue el encargado de su tratamiento desde el accidente.



Que así las cosas el seguro solo pudo ser exigible desde el 23 de diciembre de 2018, fecha de la primera resolución, y no antes.

Precisa que lleva meses tratando de buscar una solución con su ex empleador, pero lamentablemente no ha logrado ningún acercamiento, es más continúa manteniendo la teoría de que el seguro esta pagado, pero jamás se ha entregado algún comprobante para poder revertir la decisión de la aseguradora como de CMF.

III.- Fundamentos de derecho. Cita los artículos 311 inciso final, 320 inciso 1, además del artículo 325, todos del Código del Trabajo, relativa al instrumento colectivo y a su ultraactividad, agregando que, incluso, aduciendo la extinción del acuerdo que dio origen al dicho seguro colectivo, este debió prevalecer en el contrato individual.

IV.- Prestaciones demandadas: cita el artículo 168 del Código del Trabajo, y solicita se condene al pago de 500 UF, correspondiente al cobro del seguro de vida e invalidez. Por lo anterior, solicita se acoja la demanda y se declare que era obligación del empleador mantener el seguro de vida e invalidez, lo que implicaba el pago de la primas, condenando a mi ex empleador al pago de todas las prestaciones demandadas, reajustadas según el IPC, más los intereses y costas que correspondan.

Tercero: Contestación demanda. Que, el abogado Mario Varas Castillo, en representación de la demandada, contesta la demanda, solicitando el rechazo con costas.

En primer término, opone las excepciones de falta de legitimación activa, en subsidio, prescripción.

Luego, expone los antecedentes comunes a las excepciones:

a.- la vigencia de la relación laboral se extendió desde el 20 de marzo de 2006 al 3 de marzo de 2009, poniendo término por la causal del artículo 160 N° 1 y 7 del Código del Trabajo, esto es, incumplimiento grave de



las obligaciones que impone el contrato y falta de probidad, por hurto de combustible, iniciándose una causa de despido injustificado (rechazo demanda) y causa penal por hurto simple.

b.- el seguro de vida encuentra su origen en el instrumento colectivo de 30 de abril de 2008, suscrito entre el Sindicato de Empresa Servicios de Transporte Integrados Ltda. Número 1, del que el demandante era socio. Por su parte, indica que el accidente sufrido ocurrió en el año 2006.

En consecuencia, la fuente del derecho es de una fecha posterior al evento que el actor declara como el de inicio de su invalidez (el accidente), y que al momento en que se devenga el derecho corresponde a las resoluciones de calificación de la entidad respectiva de los años 2018 y 2019, donde es evidente que a tales fechas no es trabajador de la demandada, por lo que no asiste obligación alguna de parte de la Compañía (oportunidad en la cual, por lo demás, tampoco se encontraba vigente el instrumento colectivo que invoca). En consecuencia, no le asiste derecho alguno.

c.- Accidente de 23 de diciembre de 2006. Con independencia que rechaza y desconoce la veracidad de las aseveraciones del demandante en orden a la responsabilidad y calificación del evento sufrido por él, resulta relevante considerar que el actor señala haber sufrido un accidente el 23 de diciembre de 2006, por lo que los plazos para accionar por seguros o demandas de accidentes del trabajo han de contabilizarse a partir de esa fecha. Refiere, además, que no hay demandas por accidentes del trabajo o enfermedad profesional, ni hubo denuncios de un eventual siniestro ante la compañía de seguros dentro de los plazos establecidos habitualmente para acceder a la indemnización u otros beneficios.

En primer lugar, opone excepción de falta de legitimación activa. Precisa que ha errado en intentar



interponer una demanda sin disponer de legitimidad activa para ello, pues carece de un presupuesto procesal esencial para su procedencia, cual es la existencia de una afectación o perjuicio real y determinado de sus derechos laborales y previsionales.

En lo pertinente, la parte demandante reconoce que persigue una prestación civil de un tercero ajeno a este juicio, máxime cuando el actor no tiene la calidad de trabajador desde hace más de una década y considera que su derecho ha surgido con fecha 06 de diciembre de 2018 - según lo expresamente señalado por él en su demanda-, es decir más de 9 años después de concluida la relación laboral.

A continuación, expone consideraciones doctrinarias relativas a la legitimación, que se dan por expresamente reproducidas. En la especie, refiere que el actor no se encuentra legitimado para deducir la acción, puesto que no hay norma legal que le reconozca la posibilidad de accionar sin tener la calidad de trabajador, máxime cuando el asunto no estriba en derechos y/o prestaciones propias o asociadas al fin de la relación laboral.

En subsidio, opone excepción de prescripción de la acción. Precisa que la demanda fue presentada el 8 de enero de 2020, mientras que los hechos que la fundamentan encuentran su origen en el accidente de 23 de diciembre de 2006, en condiciones que perdió la condición de trabajador el 04 de marzo de 2009. Por lo cual, el plazo se encuentra vencido.

Agrega que el demandante no tiene la calidad de trabajador desde hace más de una década, y que en su teoría demanda cobro de prestaciones por una supuesta obligación contractual con origen en un instrumento colectivo -derecho el cual le asistiría actualmente únicamente en el evento que fuese un trabajador vigente de TRAIN -; mientras que el Código del trabajo establece



en el inciso segundo del artículo 510 del Código del Trabajo.

Lo razonable es que, si el demandante hubiese sufrido un accidente laboral, es que hubiese demandado por accidentes del trabajo en el plazo legal, cuestión que no ocurrió, y que no puede ser subsanada artificialmente como pretende el actor con la interposición de acciones que tienen su fuente en un pretendido incumplimiento contractual en tanto el demandante no le asiste la calidad de trabajador, y con ello sujeto a los instrumentos individuales o colectivos que son propios de una relación laboral. Es más, el supuesto accidente ocurrió en el 2006, por lo que todo plazo de caducidad y/o prescripción, en su caso, está latamente vencido.

Es evidente que el actor, tal como propone su caso, parte del supuesto que existen obligaciones para TRAIN respecto de su persona, invocando al efecto instrumentos colectivos que -amen de encontrarse a la fecha extintos, solo aplican para trabajadores con contrato vigente con su empleador, y no respecto de sujetos ajenos a la empresa.

En subsidio, contesta la demanda, solicitando el rechazo con costas.

En primer lugar, da por reproducidos los antecedentes de hecho ya expuestos, reiterando que el origen del seguro de vida y accidentes del trabajo radica en un contrato colectivo del año 2008, fecha posterior al supuesto accidente, y además siempre participando de una aplicación restrictiva, referida exclusivamente a los trabajadores de que son parte, y por el plazo de vigencia del instrumento.

En segundo lugar, efectúa una negativa general de los hechos, específicamente: a) Que el accidente sufrido por el demandante tenga la calidad de accidente laboral; b) Que al demandante le haya asistido un derecho



adquirido a contar con un seguro de vida y accidentes. El origen y límite de tal derecho se encuentra en un instrumento colectivo que afecta a quienes son trabajadores de la empresa y por el periodo de vigencia del mismo; c) Que el demandante haya activado el seguro en los plazos legales; d) Que el demandante haya tenido la calidad de trabajador al momento de la calificación de discapacidad; e) Que el demandante tenga derechos permanentes y que se proyecten más allá del fin de la relación laboral, respecto de su representada; f) Que el origen de la discapacidad del demandante tenga su fuente en la actividad realizada como trabajador de su representada en el curso de su relación laboral.

En relación con los fundamentos de derecho

a.- Extensión de la cobertura del seguro de vida y accidentes del trabajo a los trabajadores adscritos al instrumento colectivo.

Los seguros de vida y accidentes contemplan una serie de requisitos entre estos el denuncia del siniestro en plazos acotados, la condición de beneficiario del seguro (que supone la calidad de trabajador de la empresa), que el evento dañino sea considerado dentro de aquellos cubiertos por la póliza específica, entre otros. Todos elementos que no constan en el caso.

Los beneficios contenidos en instrumentos colectivos y en los contratos de trabajo, tienen vigencia dentro de la relación laboral. Por lo que, en la especie no habría derecho alguno para el demandante, toda vez que es él mismo quien señala que su derecho habría surgido en el 2018, mientras que su relación habría concluido en el 2009.

Por lo anterior, agrega que no resulta legítima la alegación del demandante de entender la ultraactividad de un instrumento colectivo en condiciones de que éste ha sido reemplazado por otro en el que el demandante no es parte por no ser trabajador de la empresa. Tal



interpretación no sólo se aleja del texto legal, sino que llegaría al absurdo de pretender que los derechos que tienen su origen en sede laboral serían sempiternos, lo que desde ya resulta absurdo. Cabe recordar que la ultraactividad del instrumento colectivo, se verifica solo en tanto éste se extinga (art. 325 CT), en cuyo caso los derechos y obligaciones contenidos en él pasan a los contratos individuales, cuestión que supone con toda evidencia, que el trabajador mantenga vigente su contrato de trabajo con el empleador.

De ahí que sostenemos que el derecho al seguro de vida y accidentes que se invoca como fundamento de la pretensión, solo podrían operar durante la vigencia de la relación laboral, ya que tendrían su origen en el instrumento colectivo del año 2008, por lo que al no participarle al día de hoy la calidad de trabajador vigente al demandante, es imposible que sea titular de los derechos que reclama. Tal conclusión, opera por lo demás, con independencia de que la fuente del derecho sea la antes indicada, por cuanto aun siendo su origen el contrato individual (en que nada señala al respecto) o cualquier otra fuente de carácter laboral; ésta sólo se extendería respecto del empleador dentro del curso de la relación laboral y nunca podría extenderse por una extensión temporal tan dilatada como la pretendida en autos.

b.- Improcedencia de la alegación de incumplimiento por parte de mi representada por ausencia de daño.

El demandante intenta hacer entender que la razón por la que no ha logrado cobrar un seguro se debe a que mi representada había anulado la póliza el 31 de julio de 2006. Sin embargo, esto no es efectivo, puesto que las razones por las que no ha logrado cobrar son más profundas y estriban en que el demandante de autos no tiene ningún derecho laboral una vez extinguida su relación de trabajo.



Es especialmente relevante analizar la relación de causalidad entre la actividad de su representada y el supuesto daño sufrido por el actor. Este nunca tiene origen en las acciones de TRAIN, puesto que, si se suprime mental e hipotéticamente el supuesto incumplimiento, en ese caso el actor se encontraría exactamente en la misma posición que en la actualidad, puesto que no era trabajador al momento de generarse el siniestro, ni era aplicable el seguro señalado, ni tampoco le eran aplicables los seguros que a ese tiempo y aquellos que en la actualidad dispone la empresa para sus trabajadores, puesto que ya no reviste tal calidad.

c.- Improcedencia de las prestaciones reclamadas en un sistema resarcitorio.

El demandante no sólo utiliza saltos lógicos impropios para articular un supuesto derecho, sino que además demanda un monto específico correspondiente al tope del seguro que considera le era aplicable, por 500 UF.

Dicha solicitud resulta del todo impropia, no sólo porque 1) no solo no le asistía tal derecho al momento de ocurrir el accidente, sino porque también 2) por no haber efectuado el denuncia a tiempo contado desde el supuesto evento que genera el siniestro, 3) por no tener la calidad de trabajador de mi representada al momento de la calificación de la discapacidad, 4) por no haberse probado que la discapacidad tiene un origen exclusivamente laboral, 5) por no haber probado que la discapacidad tiene su origen durante la vigencia del contrato de trabajo, 6) por no existir derecho alguno para el demandante una vez concluida la relación laboral. En consecuencia, la demanda de autos deberá rechazarse, con expresa condena en costas.

Cuarto: Que, en la audiencia preparatoria comparecen las partes debidamente representadas, se confirió



traslado respecto de las excepciones opuestas, dejando su decisión para definitiva.

Luego, se efectuó el llamado a conciliación, que se declaró frustrado, fijando los hechos a probar, ofreciendo los medios de prueba y citando a audiencia de juicio.

Quinto: Medios de prueba demandante. Que, en la audiencia de juicio la parte demandante incorporó los siguientes medios de prueba.

Prueba documental

1. Resolución N° 6193 de la Mutual de Seguridad.
2. Resolución N° 20182060 de la Mutual de Seguridad.
3. Certificados N° 3089784 y 3232573 de la Mutual de Seguridad.
4. Carta de Chilena Consolidada a Comisión para el mercado financiero de 04 de febrero de 2019.
5. Carta de Transportes Integrados Train LTDA, de fecha 13 de mayo de 2019 dirigida a Chilena Consolidada.
6. Copia del reclamo de invalidez a Chilena Consolidada.
7. Rechazo de Cobertura de Chilena Consolidada de fecha 10 de junio de 2019.
8. Resolución N° B101/20190420 del 14 de mayo de 2019 de la COMERE.
9. Oficios N° 17528 y 18673 de la Comisión para el Mercado financiero. Se desiste del oficio 18673.

Prueba confesional

Compareció **Luis Rojas Aracena**, quien declaró que trabaja para la demandada en el mes de noviembre de 2018. Refiere que tiene conocimiento de los seguros que se aplican a los trabajadores, donde por convenios colectivos se encuentran establecidos seguros complementario de salud y seguro de vida, en caso de fallecimiento e incapacidad sobre cierto porcentaje. Cuando habla de incapacidad se habla de invalidez, donde



son seguros colectivos, obtenidos a través de acuerdo colectivo del sindicato.

A modo ilustrativo indica que el 16 de abril de 2020 se firma convenio colectivo de trabajo con el sindicato n° 2, en este convenio en clausula se incluye los seguros de salud y de vida que señaló.

Precisa que la aplicación de los seguros tiene seguro que, a lo menos a partir del año 2018 se hizo la inclusión de los seguros de salud. En cuanto a los seguros de vida, tiene entendido que tenía una existencia anterior, pero en convenio colectivo no constaba, sino que tan solo por acuerdo sindical.

Precisa que no tiene conocimiento de una póliza que se discute en el juicio.

Le pregunta si tiene conocimiento de una carta enviada por la persona que reemplaza sobre el seguro. Responde que no tiene conocimiento de carta remitida a la persona que reemplaza sobre el seguro que hablan actualmente.

Refiere que se discute en este juicio respecto de un ex trabajador de TRAIN, existe una demanda relacionada con la aplicación de un seguro vigente en el año 2006 que hace el trabajador, posterior a cesar la relación laboral con la compañía el trabajador fue declarado con enfermedad profesional, y sobre eso solicita se haga la aplicación de las cláusulas de dicho seguro de vida.

Agrega que el seguro de vida encuentra fundamento en instrumento colectivo vigente en esa fecha. Precisa que, por cambio de administración y tiempo no tienen conocimiento de los instrumentos que se alegan en el juicio.

Exhibición de documentos

La parte demandada exhibe los siguientes documentos, bajo apercibimiento legal:



1.- La póliza colectiva de vida e invalidez N° 398323, y los pagos en relación con esta a la fecha de ocurrencia del accidente.

La parte demandada refiere que no existe la póliza, se hicieron esfuerzos, y lo más anterior encontraron es del año 2016, acompañándolo.

La parte demandante solicitó se haga efectivo el apercibimiento legal. Confiriendo traslado, se solicita el rechazo por los argumentos que constan en registro de audios.

Decisión: se accede al apercibimiento, considerando que corresponde a un hecho reconocido la suscripción de dicha póliza.

Oficios

1.- Mutua de Seguridad

Sexto: Medios de prueba demandada. Que, en la audiencia de juicio la parte demandada incorporó los siguientes medios de prueba.

Prueba documental

1. Contrato de trabajo del demandante de fecha 20 de marzo 2006.

2. Carta de desvinculación de 03 de marzo de 2009 del demandante.

3. Informe caso Sibilía de 01 de junio de 2009 y sus 3 anexos (Archivo de registro pretroved, archivo de información electrónica, archivo histórico de vehículos)

Prueba confesional

Se tiene por desistido de dicho medio de prueba

Prueba testimonial

Se tiene por desistido de dicho medio de prueba

Séptimo: Prueba del tribunal. Se ordenó que la demandada que exhibiera los siguientes documentos: 1.- Convenios colectivos vigentes al año 2006. No exhibe. La parte demandada sostuvo que no encontró el documento, pero acompaña instrumento colectivo suscrito el 30 de abril de 2008.



En seguida, se ordenó oficiarse a Mutual de Seguridad y Chilena Consolidada, quien debía informar, además de la póliza de invalidez, el motivo por el cual, se rechazó el pago de la póliza al trabajador, explicando qué significaría endoso al que hace referencia. No se recibió respuesta (desistido)

Octavo: Objeto del juicio. Que, el objeto del juicio es determinar la procedencia del pago por parte de la demandada de la suma de dinero que habría obtenido el actor por cobro por seguro de vida e invalidez de 500 Unidades de Fomento, además de las excepciones opuestas por la demandada.

Noveno: Relación laboral y sus condiciones. Que, corresponde a hechos no discutidos, conformes, además, con la prueba documental incorporada, que la relación laboral se inició el 20 de marzo de 2006, ejerciendo la función de chofer.

Luego, de acuerdo con la prueba documental, se acreditó que el demandante sufrió un accidente del trabajo el 23 de diciembre de 2006, lo que consta en resoluciones administrativas incorporadas por el demandante y respuesta de oficio de la Mutual de Seguridad.

Además, no existe discusión que el demandante se encontraba afecto a instrumento colectivo de 30 de abril de 2008, suscrito con el Sindicato de Empresa Servicios de Transportes Integrados Ltda., número 1, en que consta en la cláusula vigesimoséptima, relativa al manual de beneficios, específicamente el seguro de vida, documento exhibido por la demandada.

Finalmente, se acreditó que el que el 3 de marzo de 2009, el demandado puso término a la relación laboral por las causales de falta de probidad e incumplimiento grave de las obligaciones que impone el contrato.

Décimo: Accidente del trabajo y resoluciones administrativas. Que, tal como se mencionó se pudo



establecer que el trabajador sufrió un accidente del trabajo el 23 de diciembre de 2006, constando resolución de incapacidad permanente Ley 16.744 el 6 de diciembre de 2018, indicando el acto administrativo como último empleador al demandado, refiriendo diagnóstico de "cuerpo extraño intraocular derecho. Catarata postraumática", secuelas, "agudeza visual ojo derecho: 0,005. Agudeza visual ojo izquierdo: 1", grado de incapacidad 40%, con fecha de inicio de incapacidad permanente el 6 de diciembre de 2018.

Además, consta que el 4 de enero de 2019 por Resolución 6193, se otorga pensión por invalidez parcial.

Luego, el actor acreditó que apeló de la resolución ante COMERE, efectuando evaluación el 14 de mayo de 2019, determinando dicho órgano que las secuelas del accidente corresponden a "pérdida agudeza visual de ojo derecho (0,005%), con ojo izquierdo normal, con alteración del campo visual, incapacidad para el trabajo específico con un 50% de incapacidad.

Décimo primero: Que, de los documentos acompañados por el demandante, se infiere que aproximadamente en el mes de enero de 2019, el demandante efectuó presentación en Comisión para el mercado financiero, respondiendo el 4 de febrero de 2019 la compañía aseguradora, donde informa que no existe denuncia de siniestro por parte del demandante.

Luego, el 13 de mayo de 2019, el subgerente de operaciones Train Ltda., envía carta a la compañía de seguros, exponiendo que el demandante prestó servicios para la compañía y que el 23 de diciembre de 2006 tuvo un accidente que lo dejó con una invalidez permanente cuya fecha de resolución es de 31 de diciembre de 2018.

Por lo anterior, en el documento, solicita analizar el caso del ex trabajador, quien en esos años tenía cobertura por póliza colectiva de vida e invalidez N° 398323 de 500 Unidades de Fomento, de los años 1996 al



2006, con la Compañía Chilena Consolidada, con la finalidad de hacer pago del beneficio, adjuntando documentación.

Décimo segundo: Que, consta respuesta el 10 de junio de 2019, por parte de la compañía aseguradora, referida a la solicitud de indemnización bajo la cobertura de invalidez accidental, informa que "mediante del endoso N° 272 de 31 de julio de 22006, se establece que se anula la póliza."

Agrega que, se recepción el 30 de mayo de 2019 el siniestro por invalidez accidental perteneciente al asegurado, refiriendo que no será posible otorgar indemnización al siniestro, ya que al momento del accidente y de la emisión de la resolución de invalidez, ya la póliza se encontraba anulada.

Décimo tercero: Consideración previa. Que, corresponde determinar en atención al escrito de demanda y contestación, además de los puntos de prueba fijados en audiencia preparatoria que, en la especie, el demandante pretende hacer efectiva la responsabilidad del ex empleador al no poder cobrar el seguro de vida e invalidez, respecto del cual era beneficiario al momento del accidente del trabajo al encontrarse afecto al instrumento colectivo al que hace referencia.

Décimo cuarto: Que, en vista de lo anterior, y considerando que recaía la carga de la prueba en la parte demandante, correspondía por medio de la actividad probatoria, incorporar los medios de prueba idóneos que permitieran determinar el alcance de la fuente de la obligación y que sustenta la presente acción.

En primer lugar, la parte demandante no incorporó el instrumento colectivo en que se estipuló dicho beneficio, sin haber desplegado la actividad probatoria suficiente, como podría haber sido solicitar copia del instrumento colectivo a la Inspección del Trabajo.



Luego, no se incorporó la póliza de seguros específica, donde resulta insuficiente la aplicación del apercibimiento en relación con dicho documento, ya que no es posible otorgarle contenido, esto es, se desconoce las condiciones acordadas; más aun considerando que el 31 de julio de 2006 se anuló la póliza, mediante endoso, y que se tomó conocimiento por respuesta de la compañía aseguradora el 10 de junio de 2019.

En lo pertinente, el endoso es una modificación que se realiza sobre una póliza de seguro vigente (contrato de seguro), y altera las condiciones de la misma, y en el caso en concreto, su anulación, desconociendo su motivo.

Décimo quinto: Que, en vista de lo anterior, sin haberse incorporado los documentos en que consta la fuente de las obligaciones en que funda la presente acción, esto es, el instrumento colectivo que regía al trabajador al tiempo del accidente y la póliza de seguros, que permita, en definitiva, determinar si el trabajador resultaba beneficiario conforme a las condiciones pactadas en esta última, al no contar con los antecedentes suficientes para determinar las condiciones del seguro de vida e invalidez, ni el instrumento colectivo, deberá rechazarse la presente demanda.

Décimo sexto: Que, a mayor abundamiento, si consideráramos que resulta suficiente el instrumento colectivo que fue exhibido por la demandada, suscrito el 30 de abril de 2008, esto es, vigente con posterioridad al accidente y vigente durante una parte de la relación laboral, en el cual, se advierte que se mantiene el beneficio de seguro de vida, conforme a cláusula vigésimo sexto, al entender comprendido e incorporado todos los beneficios establecidos en el manual de beneficios de la empresa, debe tenerse especialmente en consideración que la relación laboral finalizó el 3 de marzo de 2009, resultando imposible determinar si, en la especie, el demandante intenta una acción de cobro de prestaciones



laborales, por lo que resultaría aplicable el plazo de prescripción del artículo 510 del Código del Trabajo o en su caso, una demanda de responsabilidad contractual o extracontractual, resultando aplicable dicha regulación, al no contar con fundamentos de hecho y derecho relativos a dichos estatutos de responsabilidad, y la inconsistencia que es posible advertir.

Décimo séptimo: Que, en vista de lo anterior, se omite pronunciamiento respecto de las excepciones de falta de legitimación activa y prescripción opuestas por la demandada.

Décimo octavo: Que, no se condenará en costas a la demandada, pese a ser totalmente vencida, atendido a que tuvo motivos plausibles para litigar.

Décimo noveno: Que habiendo sido valorada la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, se estima que no existen otros medios de prueba que alteren las conclusiones a las que se ha arribado anteriormente.

Por estas consideraciones y lo dispuesto en los artículos 1, 7, 8, 311, 320, 325, 510, 446 y siguientes del Código del Trabajo y demás disposiciones legales, reglamentarias aplicables, se declara:

I.- Que se rechaza en todas sus partes la demanda de autos, atendida la falta de medios de prueba en la forma que se expone en la presente sentencia.

II.- Que se omite pronunciamiento respecto de las excepciones de falta de legitimación activa y prescripción opuestas por la demandada.

III.- Que no se condena en costas a la demandante, atendido a que tuvo motivos plausibles para litigar.

IV.- Devuélvase los documentos ejecutoriada que sea la sentencia en su oportunidad.

Regístrese, comuníquese y archívese en su oportunidad.

RIT O-36-2020

RUC 20- 4-0242329-4



**Dictada por ABIGAIL TAPIA ALARCON, Jueza Titular del
Juzgado de Letras del Trabajo de Antofagasta.**

En Antofagasta a, trece de marzo de dos mil veintiuno, se notificó por el estado diario la resolución precedente y se remitieron los correos electrónicos a las partes.

