

Foja: 1

NOMENCLATURA : 1. [40] Sentencia  
JUZGADO : 13° Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-22871-2019  
CARATULADO : OLATE/METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA S.A.

Santiago, treinta de Marzo de dos mil veintiuno

**Vistos:**

Comparece doña **Johanna Del Carmen Olate Morales**, asistente social, Cedula de Identidad N° 13.656.576-1 con domicilio en calle Miraflores 255, departamento 1702, comuna de Santiago, quien interpone demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro en contra de la empresa **Metlife Chile Seguros De Vida S.A**, Sociedad del giro de su denominación, Rut N° 99.289.000-2, representada por don Andrés Fernando Merino Cangas, Cedula de Identidad N° 7.528.657-0, ambos con domicilio en Agustinas 640 Piso 17, comuna de Santiago.

Expone que, con fecha 22 de octubre de 2009 su cónyuge don Sergio Andrés Otto San Martín, celebró con Metlife Chile Seguros de Vida S.A., un contrato de seguro de prestaciones médicas en el cual ella era la beneficiaria, contrato denominado específicamente por la Aseguradora como "Life Salud", el que fue otorgado bajo la póliza particular N° 041090004410, cuyas condiciones generales se encuentran inscritas en el registro de la Comisión para el Mercado Financiero, bajo el código de Póliza número 306055 y en la propuesta de seguro número 21928. La referida póliza se estructuró sobre la base del condicionado general del contrato de seguro, con las siguientes coberturas: consultas médicas, exámenes de laboratorio y procedimientos de cirugía, asegurando un tope de cobertura de hasta 5000 Unidades de Fomento, con un deducible de 50 Unidades de Fomento.

Señala que, con fecha 23 de octubre del año 2018 la demandante fue intervenida quirúrgicamente de gastrectomía en manga laparoscópica en la Clínica Santa María, por un diagnóstico de obesidad grado II, resistencia insulínica y dislipidemia, con la finalidad de aumentar y mejorar su sobrevida, por cuanto la cirugía indicada y realizada, retrasa o impide el avance rápido de la diabetes que la afecta, previniendo efectivamente también el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y lesiones en el aparato locomotor. Manifiesta que previo a la intervención, se comunicó con la demandada MetLife Chile Seguros De Vida S.A, a fin de preguntar y confirmar respecto de la cobertura de la cirugía que su médico le había indicado por parte del seguro, habiéndosele indicado por medio de una llamada telefónica que no habría inconveniente alguno en la cobertura de la cirugía señalada.



Foja: 1

Relata que, al denunciar el siniestro fue rechazado por la demandada, indicando que en atención a lo establecido en el artículo 4º letra r) de las condiciones generales de la póliza, referente a las exclusiones, las cirugías por diagnóstico de obesidad no mórbida (IMC<40), no son consideradas como eventos que dan derecho a cobertura.

Aduce la actora que, el informe de liquidación del siniestro no cumplía las normas establecidas en el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros Decreto Supremo N° 1055, en razón de que jamás hubo una liquidación formal del siniestro en cuestión, que le fuese debidamente entregado y que contuviera los elementos requeridos por el artículo 28 del citado reglamento. Expone la demandante que apeló al rechazo de la cobertura del siniestro, acompañando como nuevo antecedente el informe médico de la cirugía, apelación que fue rechazada igualmente por la compañía aseguradora, limitándose a señalar que, *“no obstante, existir otras patologías que justificaban la cirugía a la que fue sometida la Asegurada, como lo eran la resistencia a la insulina y la dislipidemia, ello no modificaba la decisión emitida por la compañía aseguradora.”*

Manifiesta asimismo la actora, que las condiciones particulares de la póliza no cumplen con la normativa vigente, señalando que según la Circular N° 1935, de fecha 5 de agosto de 2009, y cuya dictación es previa a la contratación del seguro materia de estos autos, la Superintendencia de Valores y Seguros determinó que en las propuestas de incorporación a seguros de salud que cubran gastos médicos, las compañías de seguros deben incorporar una leyenda obligatoria, en forma visible y destacada como la siguiente: “las condiciones generales de este seguro se encuentran depositadas con el código (llenar por la aseguradora) en la superintendencia de valores y seguros. Usted puede revisar este texto en [www.svs.cl](http://www.svs.cl).” (sic), no existiendo en este caso en la propuesta, ni en la póliza. Adiciona que la referida propuesta y póliza fueron redactadas por la Aseguradora, sin mención alguna relacionada al *“Código de Condiciones Generales”*, careciendo la asegurada según relata, de una información completa y oportuna, respecto de las exclusiones de cobertura al momento de contratar el seguro.

Finalmente, expone que, funda su acción conforme a lo establecido en el artículo 514 del Código de Comercio, en el art 3 letra e) del D.F. L. 251 y en el hecho de que las condiciones generales del seguro contratado fueron declaradas **“Modelo Prohibido”** por la Superintendencia de Valores y Seguros, actual comisión para el Mercado Financiero, mediante Resolución Exenta N° 541 del 15 de septiembre de 2010.



Foja: 1

Manifiesta en lo concerniente a los perjuicios, que el incumplimiento le ha significado soportar la totalidad de los gastos médicos, desembolsando alrededor de \$ 5.722.010 (cinco millones setecientos veintidós mil y diez pesos).

Previas citas legales y desarrollo normativo del contrato de seguros, solicita acoger la demanda y condenar a Metlife Chile Seguros De Vida S.A, a cumplir el contrato de seguro, consecuentemente a pagar el total de los gastos médicos incurridos por la actora, cantidad que debe ser reajustada entre la fecha de entrada en mora y hasta la fecha del pago efectivo, con costas.

A fojas 19, se tiene por contestada la demanda en rebeldía.

A fojas 28, consta el llamado a las partes a conciliación, el que se realizó con la asistencia de ambas partes, sin resultado.

A fojas 29, se fijaron los puntos de prueba.

A fojas 50, se citó a las partes a oír sentencia.

### **CONSIDERANDO**

**PRIMERO**, Que, a fojas uno comparece doña Johanna Del Carmen Olate Morales, asistente social, quien deduce demanda de juicio ordinario de cumplimiento forzado de contrato, en contra de la empresa Metlife Chile Seguros De Vida S.A, Sociedad del giro de su denominación, Rut N° 99.289.000-2 representada por don Andrés Fernando Merino Cangas, solicitando que se declare la obligación de la demandada de cumplir el contrato de seguro, consecuentemente a pagar el total de los gastos médicos incurridos por la actora, cantidad que debe ser reajustada entre la fecha de entrada en mora y hasta la fecha del pago efectivo, con costas.

**SEGUNDO**: Que, a fojas 19 se tuvo por evacuada la contestación de la demanda en rebeldía.

**TERCERO**: Que, atendida la rebeldía de la demandada, y atribuyéndole a la incomparecencia el efecto de negar los hechos de la acción formulada, corresponde a la demandante acreditar los hechos en que funda su pretensión, de conformidad al artículo 1698 del Código Civil.

**CUARTO**: Que, el artículo 1489 del Código Civil, prescribe 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 estos autos, el demandante ha optado por demandar el cumplimiento específico de la obligación.

**QUINTO**: Que, a fin de acreditar su pretensión, la demandante rindió prueba documental consistente en:

1) Resumen de Póliza “Life Salud” POL 306055.



Foja: 1

- 2) Propuesta de seguro, prp 21927.
- 3) Póliza de prestaciones médicas, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 306055.
- 4) Respuesta Apelación Siniestro N° 97017, Póliza N° 041090004410, de fecha 07 de febrero de 2019.
- 5) Certificado emitido por el Dr. Don Juan Eduardo Contreras, Jefe Unidad Cirugía Bariátrica de Clínica Santa María a Compañía de seguros Metlife.
- 6) Circular N° 1935 de fecha 5 de agosto de 2009, de la Superintendencia de Valores y Seguros, sobre REF: Imparte normas relativas a seguros de salud.
- 7) Resolución exenta N° 541, de fecha 15 de septiembre de 2010, de la Superintendencia de Valores y Seguros sobre REF.: Prohíbe utilización de modelos de pólizas y cláusulas que indica;
- 8) Boleta electrónica N° 3416046 de Clínica Santa María S.A., emitida a doña Johanna del Carmen Olate Morales, por un total de prestaciones de \$5.526.844, (cinco millones quinientos veintiséis mil ochocientos cuarenta y cuatro pesos).
- 9) Boleta electrónica N° 5245522 de Clínica Santa María S.A., emitida a doña Johanna del Carmen Olate Morales por un total de prestaciones de \$195.162, (ciento noventa y cinco mil ciento sesenta y dos pesos);
- 10) Boleta electrónica emitida por Clínica Santa María a doña Johanna del Carmen Olate Morales, incompleta, no siendo posible determinar el número de boleta ni el monto de esta;
- 11) Cheque serie 81612907-6316406 extendido por doña Johanna del Carmen Olate Morales, en favor de la Clínica Santa María, por un monto de \$5.722.010, (cinco millones setecientos veintidós mil diez pesos):
- 12) Copia de informe sobre normas técnicas de dislipidemias, elaborado por la División de salud de las personas, departamento de Programas de las personas, Programa Salud del Adulto, año 2000, Ministerio de Salud Gobierno de Chile;
- 13) Copias digitalizadas de las páginas 668, 669, 216 y 115 del autor Osvaldo Contreras Strauch;
- 14) Guía de la buena práctica clínica en Dislipidemias, OMC Organización Médica Colegial de España;
- 15) Copias temas de salud Dislipidemias, Pedro Enrique Miguel Soca, Máster en Bionérgica y Medicina Natural. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Universidad Médica «Mariana Grajales Coello». Holguín, Cuba.

**SEXTO:** Que por su parte, la demandada rindió la siguiente prueba documental consistente en:



Foja: 1

- 1) Condiciones particulares Póliza Life Salud de 11 páginas, Póliza 041-09-0004410, Propuesta ML006125;
- 2) Resumen de Póliza Life Salud POL 30605;
- 3) Informe de liquidación Siniestro N° 97017 / Póliza 041090004410, de fecha 29 de octubre de 2018;
- 4) Evaluación de Reembolsos Médicos siniestro 97017 N° de Póliza 041090004410 Cobertura Catastrófico Médico;
- 5) Bono de atención ambulatoria 86055586 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 03 de octubre de 2018;
- 6) Bono de atención ambulatoria 85805641 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 21 de septiembre de 2018;
- 7) Bono de atención ambulatoria 85452246 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 31 de agosto de 2018;
- 8) Bono de atención ambulatoria 85427829 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 30 de agosto de 2018;
- 9) Bono de atención ambulatoria 85641197 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 10 de septiembre de 2018;
- 10) Bono de atención ambulatoria 86150426 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 08 de octubre de 2018;
- 11) Bono de atención ambulatoria 8452553 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 31 de octubre de 2018;
- 12) Bono de atención ambulatoria 85425670 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 30 de agosto de 2018;
- 13) Bono de atención ambulatoria 85669524 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 11 de septiembre de 2018;
- 14) Bono de atención ambulatoria 85640121 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 10 de septiembre de 2018;



Foja: 1

15) Bono de atención ambulatoria 85668748 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 11 de septiembre de 2018;

16) Bono de atención ambulatoria 85426796 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 30 de agosto de 2018;

17) Bono de atención ambulatoria 85695879 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 12 de septiembre de 2018;

18) Bono de atención ambulatoria 85426799 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 30 de agosto de 2018;

19) Bono de atención ambulatoria 85426798 para doña Johanna del Carmen Olate Morales, emitido por la Clínica Santa María, con fecha 03 de agosto de 2018;

20) Boleta no afecta o exenta electrónica N° 2788406 emitida por Servicio de Salud Integrado S.A. a doña Johanna del Carmen Olate Morales, con fecha 29 de agosto de 2018, por un valor de \$ 80.000 (ochenta mil pesos);

21) Boleta no afecta o exenta electrónica N° 2789837 emitida por Servicio de Salud Integrado S.A. a doña Johanna del Carmen Olate Morales, con fecha 30 de agosto de 2018, por un valor de \$ 32.305.- (treinta y dos mil trescientos cinco pesos);

22) Boleta no afecta o exenta electrónica N° 4167133 emitida por Servicios Médicos Santa María Limitada a doña Johanna del Carmen Olate Morales, con fecha 08 de octubre de 2018, por un valor de \$ 23.375.- (veintitrés mil trescientos setenta y cinco pesos);

23) Comprobante de notificación de siniestros N° 97017 de fecha 19 de octubre de 2018, emitido por Metlife Chile Seguros de Vida S.A.;

24) Informe médico emitido por el doctor don Juan Eduardo Contreras F.A.C.S. de la Clínica Santa María, de fecha 10 de septiembre de 2018;

25) Póliza de Prestaciones Médicas, Incorporado al Depósito de Pólizas bajo el código POL 306055.

**SÉPTIMO:** Que, la prueba rendida permite establecer los siguientes hechos de la causa:

- 1) El 22 de octubre de 2009 se celebró un contrato de seguro de prestaciones médicas entre don Sergio Andrés Otto San Martín y Metlife Chile Seguros S.A., el que fue otorgado bajo la póliza particular N° 041090004410, cuyas Condiciones Generales se



Foja: 1

- encuentran inscritas en el registro de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código de POL 306055 y que ofrecía cobertura de consultas médicas, exámenes de laboratorio y procedimientos de cirugía, entre otros, asegurando la suma de hasta 5000 UF de cobertura médica, con un deducible de 50 UF.
- 2) En el referido contrato se estableció como beneficiaria del seguro a la demandante doña Johana Del Carmen Olate Morales y, asimismo, que el plazo de vigencia del seguro corría desde el 22 de octubre de 2009 hasta el 21 de octubre de 2019.
  - 3) El 15 de septiembre de 2010 La Superintendencia de Valores y Seguros dictó la Resolución exenta N° 541, que prohíbe la utilización de modelos de pólizas y ciertas cláusulas que ahí se indican, incluyendo la póliza materia de autos, cuyo código es POL 306055, denominada “Póliza de Prestaciones Médicas”.
  - 4) El 23 de octubre de 2018 la asegurada fue sometida a una intervención quirúrgica de gastrectomía en Manga Laparoscópica en la Clínica Santa María, realizada por el doctor don Juan Eduardo Contreras, con el objeto de mejorar la salud de la paciente, atendidos los diagnósticos de Obesidad grado I, resistencia a la Insulina y Dislipidemia que le aquejaban.
  - 5) La referida intervención quirúrgica tuvo un costo por un monto total de \$5.722.010 (cinco millones setecientos veintidós mil diez pesos).

**OCTAVO:** Que, como primer incumplimiento, la demandante arguye que el rechazo a la cobertura fue *“vago, informal y en definitiva infraccional de las normas establecidas en el Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros - D.S N°1055 - en razón de que jamás hubo una liquidación formal del siniestro en cuestión, n° 97017, que fuera debidamente entregado a la Asegurada y que contuviera los elementos requeridos por el artículo 28 del citado Reglamento.”*.

**NOVENO:** Que, del atento examen del informe de liquidación acompañado por la aseguradora a folio 37, se desprende que, desde un punto de vista adjetivo, cumple con el contenido a que se refiere el artículo 28 del Reglamento de los Auxiliares del Comercio de Seguros.

No obstante, el N° 5 del artículo 28 del referido reglamento, consigna que el informe debe contener una *“Opinión técnica fundada sobre la procedencia de cada cobertura (...). Esta opinión deberá efectuarse en términos claros y simples, que permitan una adecuada comprensión por parte del asegurado, considerando para ello el tipo de cobertura contratada y la naturaleza del siniestro objeto de la liquidación. Asimismo, y en caso de no corresponder pago, el informe de*



Foja: 1

*liquidación deberá contener una opinión clara y precisa respecto del monto rechazado, individualizando cada tipo de cobertura rechazada y su justificación.*

La norma en cita impone a la aseguradora el deber de comunicar de forma precisa y clara, a través de una opinión técnica, el motivo del rechazo.

Sin embargo, el informe de liquidación, pese a consignar que la asegurada presentaba gastos por obesidad grado I, resistencia a la insulina y Dislipidemia, funda el rechazo a la cobertura solicitada tomando en cuenta lo relativo al peso, estatura e IMC de la actora, factores que se utilizan para establecer el grado de obesidad, pero sin referirse a las otras patologías que presentaba la demandante.

En este orden de ideas, solo cabe concluir que el referido informe se encuentra parcialmente fundado, en lo que hace a los motivos de la exclusión de cobertura.

**DÉCIMO:** Que, la demandante también alega que careció de una información completa y oportuna respecto de las exclusiones de cobertura al momento de contratar el seguro, atendido que las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza no cumplirían con la normativa vigente.

Sin embargo, la normativa que se cita infringida, esto es, la Circular N° 1935 de 5 de agosto de 2009 y la Resolución Exenta N° 541 de 15 de septiembre de 2010, ambas de la Superintendencia de Valores y Seguros, entraron en vigencia con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro de marras, por lo tanto, solo podían disponer para lo futuro, no resultando aplicables en la especie.

Sin perjuicio de lo dicho, las Condiciones Generales del seguro acompañadas a la demanda, en el literal r) de su artículo 4° sobre exclusiones, establece que *“No serán consideradas como enfermedades o eventos con derecho a cobertura, para efectos del presente contrato, la cirugía, o tratamientos o gastos siguientes: - La obesidad no mórbida (IMC <40)...”*

Por las razones anteriormente expuestas, no cabe sino concluir que la asegurada estaba o debía estar en conocimiento de las exclusiones consignadas en las Condiciones Generales de su contrato de seguro, entre las cuales precisamente se encuentra la de obesidad no mórbida (IMC <40).

**UNDÉCIMO:** Que, ahora bien, el legislador consagró en materia de seguros el principio de pluralidad de causas, expresamente recogido por el actual artículo 553 del Código de Comercio, el cual, si bien no estaba vigente a la época en que se suscribió el contrato, entrega un elemento de hermenéutica que permite resolver el conflicto.

**DUODÉCIMO:** Que, de la prueba rendida, en especial del informe médico acompañado por una y otra parte, es posible concluir que la intervención quirúrgica a la que fue sometida la asegurada respondía a las siguientes





Foja: 1

patologías asociadas: 1) Obesidad grado 1; 2) Síndrome de resistencia a la insulina y 3) Dislipidemia.

Entonces, encontrándose excluida la obesidad grado 1, para resolver el conflicto se debe determinar si el síndrome de insulina y la Dislipidemia son causas concurrentes al riesgo cubierto por el seguro, y si dichas patologías daban cuenta de la intervención a la que fue sometida doña Johanna Del Carmen Olate Morales.

**DÉCIMO TERCERO:** Que, según la documental acompañada por la actora a folio 38, Normas Técnicas sobre Dislipidemias elaboradas por el Ministerio de Salud, *“Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. El diagnóstico de dislipidemia se basa en los niveles séricos de Col-total, de Col-LDL, Col-HDL y de los TG. Debe recordarse que el Col-total es la suma del colesterol presente en las lipoproteínas LDL, HDL y VLDL; sin embargo, teniendo en cuenta que la aterosclerosis tiene una patogenia multicausal, para determinar el nivel de riesgo de la alteración de los lípidos es necesario evaluar conjuntamente la presencia o ausencia de otros factores de riesgo CV que pueda presentar el paciente. Es lo que se ha denominado Riesgo Cardiovascular Global (RCG). La Real Academia de la Lengua Española la define como: 1. f. Med. Alteración en los niveles normales de lípidos en la sangre.*

A su turno, el artículo titulado Dislipidemias, elaborado por Pedro Enrique Miguel Soca, Máster en Bionergética y Medicina Natural, acompañado por la demandante a folio 38, y que se puede consultar electrónicamente en la página web de SciELO, refiere que las *“dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo emia significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia. Son entidades frecuentes en la práctica médica, que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (SM) y el empleo de algunos fármacos”.*

Por su parte, el Informe Médico de fecha 10 de septiembre de 2018, emitido por el médico Juan Eduardo Contreras, acompañado por la demandada a folio 37, respecto de las citadas patologías que padecía la asegurada, sugiere efectuar el procedimiento de Gastrectomía en Manga Laparoscópica fundado en: *“La decisión terapéutica es el resultado de un estudio realizado por el equipo de cirugía metabólica y de obesidad de Clínica Santa María, según el grado de obesidad,*



Foja: 1

*como de las patologías asociadas a esta. Dichas comorbilidades se relacionan fuertemente a la obesidad y tienen una disminución de la calidad de vida como también de la sobrevida del paciente. Todo esto producto de un aumento del riesgo cardiovascular de lesiones del aparato locomotor y del desarrollo y progreso de diabetes entre otros. Es así como en base a esto y fundándose en consenso nacionales e internacionales ampliamente aceptados, que avalan que la mejora de las comorbilidades y aumento de sobrevida, se indica la cirugía como mejor tratamiento. Se enfatiza que la cirugía que se ha planteado es con fines enteramente relacionados con la salud presente y futura del paciente y no puede ni debe considerarse como cirugía con fines estéticos o de embellecimiento.”*

**DÉCIMO CUARTO:** Que, según lo expuesto, resulta posible colegir que la Dislipidemia es una enfermedad distinta a la obesidad mórbida, que puede ser causada o no por esta, desde que se manifiesta en virtud de diversos factores, o que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (SM) y el empleo de algunos fármacos.

En consecuencia, no cabe sino concluir que la Dislipidemia resulta ser una causa concurrente al riesgo cubierto por la póliza, desde que la demandante presentaba una “comorbilidad” o “morbilidad asociada”, que es el término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Según la Real Academia Española, “*Se trata de la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas. Pueden ocurrir al mismo tiempo o uno después del otro. La comorbilidad también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas.*”

Por su parte, el artículo 4 de las Condiciones Generales, sobre exclusiones, no contempla la patología en análisis, por consiguiente, se trata de un riesgo cubierto por la póliza.

Así las cosas, la negativa de cobertura del seguro de salud no se adecua a lo pactado, configurándose un incumplimiento del contrato de seguro por la parte demandada.

**DECIMO QUINTO:** Que, en virtud de lo razonado, habiéndose acreditado un incumplimiento contractual imputable a la Compañía de seguros **Metlife Chile Seguros De Vida S.A**, corresponde acoger la demanda incoada, en cuanto se condena a la demandada al pago del total de los gastos médicos incurridos y solventados por la demandante, con Clínica Santa María S.A, correspondientes a la suma de \$ 5.722.010 ( cinco millones setecientos veintidós mil y diez pesos), a lo que debe descontarse el deducible de 50 UF, conforme a la Póliza suscrita.



Foja: 1

**DECIMO SEXTO:** Que la suma ordenada pagar en el considerando octavo, devengará reajustes desde la notificación de la demanda, que debe entenderse como suficiente interpelación a la deudora.

**DECIMO SÉPTIMO:** Que, la demás prueba rendida y no considerada especialmente en nada alteran las conclusiones arribadas.

Por estas consideraciones, y visto, además, lo prescrito por los artículos 1489, 1545, 1546, 1551, 1698 y siguientes del Código Civil, 144,170, 254, 342, y siguientes del código de Procedimiento Civil, 512 y siguientes del Código de Comercio, se declara:

- a) Que se acoge la demanda de lo principal de fojas 1, y se condena a la demandada Metlife Chile Seguros De Vida S.A, a dar cumplimiento al contrato de seguro de fecha 22 de octubre de 2009, en la forma señalada en los motivos décimo quinto y décimo sexto,
- b) Que no se condenará en costas a la demandada, por considerarse que tuvo motivo plausible para litigar.

Regístrese, notifíquese y en su oportunidad, archívese.

ROL: C-22871-2019

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

