NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia

JUZGADO : 1º Juzgado de Letras de Los Andes

CAUSA ROL : C-2320-2017

CARATULADO : ENSEMEYER/SEGUROS CLC SA

Los Andes, treinta y uno de Agosto de dos mil veinte.

Visto:

A folio 1 comparece **Rose Marie Ensemeyer Bustos**, empresaria, domiciliada en Tres Carrera N°456, comuna de Los Andes; quien interpone demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios, en subsidio, demanda de indemnización de perjuicios autónoma, en subsidio, demanda de resolución de contrato con indemnización de perjuicios; en contra de **Seguros Clínica Las Condes S.A** o **Seguros CLC S.A**., Rol Único Tributario N°76.573.480-0, representada por Humberto Mandujano Reygadas, ambos domiciliados en Avenida Las Condes N°11283, piso 4 Torre B, comuna de Las Condes.

A folio 7, con fecha 5 de febrero de 2018, consta la notificación a la parte demandada.

A folio 21 se tuvo por contestada la demanda en rebeldía de la demandada.

A folio 22 se evacuó la réplica.

A folio 25 se tuvo por evacuada la dúplica en rebeldía de la parte demandada.

A folio 34 consta el acta de comparendo de conciliación, la cual no se produjo por rebeldía de la parte demandada.

A folio 42 se recibió la causa a prueba.

A folio 115 se citó a las partes a oír sentencia.

Con lo relacionado y considerando:

Primero: Que, los presentes autos, no obstante haberse ingresado al sistema de tramitación civil bajo la nomenclatura de procedimiento ordinario de menor cuantía, atendido el monto de lo pretendido, durante toda su tramitación se desarrolló bajo las normas del procedimiento ordinario de mayor cuantía, cuestión que fue resuelta por resolución firme de fecha 19 de febrero de 2020, a folio 80, confirmada por la Ilma. Corte de Apelaciones de Valparaíso con fecha 13 de mayo de 2020, descartándose la existencia de vicios procesales.

Segundo: Que, la demandante funda su demanda, en síntesis, en que con fecha 5 de mayo 2016 advirtió que la aquejaban síntomas de una parálisis facial. Atendido que contaba con el seguro Vivir Más de la Compañía de Seguros Clínica Las Condes S.A., acudió a la urgencia de dicha clínica, ubicada en el sector de Chicureo, donde fue diagnosticada con una parálisis facial periférica y se le derivó a su domicilio con antivirales y corticoides. Con fecha 8 de Mayo de 2016 presentó nuevos síntomas de características neurológicas (dificultad para abrocharse los zapatos y para hilvanar ideas), motivo por el cual adelantó la hora a un neurólogo, atendiéndose con fecha 10 de Mayo 2016 en la consulta médica de la Dra. Sherpenisse, en la Clínica Las Condes, quien tras realizarle un examen neurológico de rutina encontró ciertas alteraciones, señalándole que debía realizarse una resonancia magnética cerebral de manera urgente, por lo cual fue ingresada como paciente hospitalizada. Tras la realización de diversos exámenes fue diagnosticada con un "infarto cerebral por carótidas obstruidas", recibiendo tratamiento y siendo dada de alta el día 21 de Mayo del 2016. Agrega que con fecha 15 de Junio de 2016, comenzó a padecer síntomas de fiebre alta y decaimiento, por lo que acudió donde la misma médica tratante, siendo hospitalizada en la UTI neurológica de la Clínica Las Condes por 3 días, siendo el diagnóstico neumonía, recibiendo el alta el 18 de Junio de 2016.

Señala que tras su hospitalización, y al ver que el tiempo transcurría sin que la demandada se pronunciase sobre la cobertura del seguro contratado, comenzó a insistir para obtener la aplicación del seguro "Vivir Más" contratado con la demandada, haciendo presente que, según la póliza contratada, en caso de hospitalización en la Clínica Las Condes no es necesario dar aviso de la ocurrencia del evento.

Agrega que con fecha 21 de Septiembre de 2016 le solicitaron del seguro Compañía de Seguros Clínica Las Condes S.A. los antecedentes para evaluar el siniestro, 93 días después de finalizada su última atención médica en la Clínica las Condes, los que entregó materialmente el 7 de Octubre de 2016. Señala que instó por el resultado de la



cobertura los días 27 de Octubre, 5 , 10, 17 y 21 de Noviembre de 2016. Recién con fecha 22 de Noviembre de 2016 se le dio respuesta negativa, argumentando para rechazar la cobertura, el hecho que el siniestro habría tenido como causa una supuesta existencia previa de hipertensión arterial no declarada por la demandante.

En este punto hace presente que, dado el incumplimiento de los plazos por parte del seguro en cuanto a la liquidación, que no debió exceder de 45 días corridos desde la fecha del denuncio, no pudo hacer efectivo el seguro Vida3, ya que tras el tardío rechazo por parte de la demandada, quedó fuera de todos los plazos.

Señala que con fecha 29 de Noviembre de 2016 apeló a la respuesta negativa dada por la demandada, por estar basada en un supuesto de hecho falso. En efecto, indica, en su declaración de salud no indicó que padeciera "hipertensión", puesto que no sabía que la tuviera, de hecho hasta la actualidad no ha sido diagnosticada como hipertensa. Arguye que, para que la declaración esté viciada se requiere que quien la haga esté en conocimiento del padecimiento y a sabiendas oculte dicha información. En este caso, en cambio, señala que a ella nunca se le ha realizado el examen para determinar la existencia de esta enfermedad, el denominado "test de Holter", ya que sólo presentó una vez un problema puntual de hipertensión. Explica que la demandada basó su argumento para justificar esta supuesta preexistencia en una atención médica previa, en la cual ante un episodio de alteración vivido en el Casino Enjoy de San Felipe, fue recetada con remedios para la presión en forma preventiva, por cuanto la atención se refirió sólo a una "hipótesis diagnóstica" y no a un diagnóstico propiamente tal. Agrega que dicha hipótesis nunca fue comprobada y la demandante (sic) está en condiciones de saberlo, ya que dio su autorización para acceder a su ficha médica y está en conocimiento de todos y cada uno de los exámenes que se le han realizado.

Plantea que al momento de realizar su declaración de salud, ésta fue completada en frente de un ejecutivo, al cual se le podían realizar consultas ante cualquier duda. En este punto preguntó concretamente a qué se referían con "hipertensión", explicando su situación puntual. La respuesta fue clara: debía referirse a un cuadro diagnosticado clínicamente, previa realización del examen pertinente. Por lo tanto, una "hipótesis diagnóstica", realizada en una consulta médica no calificaba como preexistencia. Indica que si su intención hubiese sido falsear información en la declaración, no hubiese declarado expresamente en la misma que su padre falleció a los 51 años de un infarto cerebral. Además, señala que en las consultas médicas posteriores a su tratamiento originado por el primer siniestro, en conversación personal con la médico tratante, ésta descartó entre las causas de su accidente cerebral una eventual hipertensión, dichos que morigeró al serle solicitados por escrito, pero consta claramente en el certificado emitido por la doctora de la Clínica Las Condes, que no se señaló la hipertensión como la causa al momento de ser tratada. Dicha información sólo fue utilizada al momento de negarse el pago de la cobertura del Seguro.

Aduce que una vez iniciado el proceso de apelación del rechazo, se le solicitó el 2 de Enero de 2017, aproximadamente 180 días después de la fecha del siniestro, su autorización notarial para revisar sus fichas médicas, autorización que fue entregada el 5 de Enero de 2017. Se le indicó que la respuesta estaría en un plazo máximo de 20 días, ya que expirarían los plazos de los pagarés exigidos al momento de hospitalizarse. El día 31 de Enero del año 2017 recibió una última respuesta dando cuenta del rechazo definitivo, incorporando esta vez la demandada un nuevo elemento como causal del mismo, dado por una interconsulta con un psiquiatra en mayo del año 2016, en la cual se habría especificado un supuesto consumo de cocaína. A renglón seguido, concluyó la demandada que habría sido dicho consumo el causante de la oclusión bilateral crónica de carótida, debiendo entenderse por tanto, que ya no sería la supuesta hipertensión como señalaron en el primer rechazo.

Arguye que si el argumento dado por la demandada para no cumplir con su obligación de pagar es que la demandante habría falseado su información de salud, ello conllevaba a la caducidad del seguro contratado, entendiéndose que éste ya no podía ser válido ante esta hipótesis; no se explica entonces que la demandada haya decidido dar cobertura al seguro de un siniestro posterior, atendido que la razón del no pago del primer siniestro fue supuestamente la falsedad en la información declarada en la declaración de salud entregada al momento de la contratación de la póliza. Tampoco se explica desde el punto de vista de la teoría del acto propio, ni mucho menos de la buena



fe contractual, la circunstancia de que la demandada, hasta la fecha siga percibiendo mensualmente la prima; habida consideración que "por haber falseado los datos en la declaración de salud' ella ya no podría ser beneficiaria del mismo. Hasta la fecha se encuentra vigente el contrato, sin que la demandada haya solicitado la terminación del mismo. Agrega que resulta interesante analizar el comportamiento de la demandada desde el siguiente punto de vista: al momento de hacer efectiva la cobertura del seguro, la demandada pide los exámenes y atenciones médicas previas de la asegurada para otorgar la cobertura ofrecida, sin embargo, estos exámenes no son solicitados al momento de contratar el seguro, por el contrario, para contratarlo no sólo la demandada da muchas facilidades, sino que verbalmente los ejecutivos están incentivados a minimizar los riesgos al cliente con objeto de que éste contrate, sin importar que después éste no se pueda hacer efectivo. Atendido que el íter contractual comienza con las tratativas preliminares y el método de contratación es personalmente a través de un ejecutivo de la demandada, el que atiende a domicilio y en forma verbal, resulta atentatorio contra la buena fe que se exijan las atenciones médicas sólo al momento de hacer efectiva la cobertura y no al momento de contratar.

Alega que la demandada le ha causado con su actuar negligente un menoscabo debido a su incumplimiento. En efecto, no sólo no cubrió el siniestro que ella decidió arbitrariamente, sino que además agregó una nueva causa del rechazo, con objeto de no otorgar cobertura. Además, para hacerlo y justificar su negativa, le acusa derechamente de ser consumidora de cocaína y señala abierta y falsamente que este consumo fue la causa de su enfermedad, y que como consecuencia de ello no se le pagará la cobertura, alterando unilateralmente los efectos normales del contrato celebrado entre las partes, ya que decide no cumplir con el contrato, atendida una supuesta preexistencia de hipertensión, en una primera notificación de rechazo, y un supuesto consumo de cocaína para justificar la segunda notificación de incumplimiento.

Plantea que la demandada ha incurrido en incumplimiento civil, toda vez que no ha desplegado la conducta suficiente para satisfacer la pretensión de la demandante. En efecto, la demandada derechamente no ha cumplido con la principal obligación contenida en el contrato. Por su parte, la demandante ha cumplido todas y cada una de las obligaciones contractuales pactadas, encontrándose al día en el pago de la prima con la demandada, hasta la fecha.

Conforme a los planteamientos precedentes, señala que el remedio solicitado es el cumplimiento del contrato, ello atendido que la resolución del mismo no satisface su interés contractual, solicitando se ordene a la demandada a cumplir el contrato, pagando a la demandante la suma que debió originalmente pagar en forma directa la demandada a la Clínica Las Condes, suma de dinero ascendente a \$17.000.000, que la demandante debió desembolsar personalmente.

Respecto a la solicitud de indemnizar perjuicios, señala que la demandada no cumplió con su obligación principal de cubrir el siniestro, tampoco cumplió las demás obligaciones, como actuar dentro de los plazos, solicitud oportuna y veraz de información relevante.

En cuanto al daño emergente, agrega que como consecuencia del actuar negligente de la demandada, tuvo que pagar la totalidad de la atención médica. No sólo no se hizo efectivo el seguro contratado, sino que también se ha visto en la obligación de concurrir en una serie de ocasiones a las distintas sucursales y locales de la empresa para ver una solución al problema, lo que conlleva los gastos propios de movilización y tiempo de trabajo que ha perdido a la fecha. Estos daños consisten concretamente en el gasto que debió cubrir, por hospitalización por infarto cerebral, ascendente a la suma de \$16.949.322. Además debió pagar bonos por consultas neurológicas y derivaciones de ésta por \$315.635; examen y scanner cerebral por \$250.000; examen de control de 25 de Octubre 2016 por \$1.447.534; todos los medicamentos que mensualmente debe comprar cuyo costo es de \$80.000, los que a la fecha de interposición de la demanda, transcurridos ya un año, ascienden a la suma de \$800.000. Por estos motivos, demanda por este concepto la suma total de \$19.762.491.

En cuanto al daño moral, sostiene que el incumplimiento contractual se produjo con posterioridad a su accidente vascular cerebral, de esta forma, la demandada está en conocimiento que la demandante tiene una condición especial que puede verse agravada por su actuar. Aún así, pudiendo optar entre diversas conductas, eligió la más dañosa,



esto es, en lugar de analizar el caso y otorgar la cobertura a ambos siniestros, o negociar, o al menos esmerarse en fundamentar su rechazo, deciden otorgar cobertura sólo al siniestro más económico, reservando razones incluso "subsidiarias" para justificar su incumplimiento respecto de su primer evento: primero hipertensión y luego el supuesto consumo de cocaína. Agrega que con su actuar la demandada le ha ocasionado un cuadro angustioso y de stress innecesario, encontrándose la demandante en tratamiento psicológico, con objeto de poder sobrellevar el cuadro angustioso que le ha generado el actuar de la demandada, el que se tradujo concretamente en el desembolso de las sumas de dinero que ha señalado como parte del daño emergente, especialmente el costo de la hospitalización, que debía ser cubierta por el seguro. El verse obligada a desembolsar esa suma de dinero en cuotas mensuales, mermó a tal punto su calidad de vida y la de sus hijos, que le generó un cuadro angustioso, asentado en el hecho que, según su médico tratante, lo considera una injusticia y se siente víctima de una maquinación por parte de la demandada, atendida su forma de actuar incluyendo el cambio de motivo del rechazo. Concretamente, los problemas económicos que le han acarreado el incumplimiento de la contraria, con su consecuencial merma en su calidad de vida, ha sido causa directa de problemas no sólo económicos, sino laborales, familiares, e incluso sentimentales. Por los motivos antedichos avalúa el daño moral en la suma de \$6.000.000.

Solicita tener por deducida demanda de cumplimiento de contrato con indemnización de perjuicios en contra de Seguros Clínica Las Condes S.A. o Seguros CLC S.A., acogerla en todas sus partes y, en definitiva, condenarla a cumplir íntegramente el contrato, dando cumplimiento a su obligación de cubrir el siniestro denunciado, a través del cumplimiento por equivalencia y condenar a la demandada a pagarle la suma de \$19.762.491 por daño emergente; y la suma de \$6.000.000 por concepto de daño moral; o el monto que en uno y otro caso se considere pertinente, de acuerdo al mérito del proceso y las probanzas rendidas por cada una de las partes, o lo que el tribunal determine, más reajustes, intereses y costas.

En el primer otrosí de su escrito de inicio, en subsidio, la demandante dedujo demanda de indemnización de perjuicios en contra de la misma demandada, dando por enteramente reproducidos los hechos ya descritos en lo principal, agregando fundamentos respecto de la autonomía de la acción indemnizatoria derivada de un contrato, solicitando sea acogida en todas sus partes y en definitiva condenar a la demandada al pago de \$19.762.491, o la suma que el tribunal estime, más los intereses y reajustes que esta cantidad devengue desde la presentación de la demanda, con costas.

Finalmente, en el segundo otrosí de su presentación, en subsidio de las acciones ejercidas precedentemente, dedujo demanda de resolución de contrato con indemnización de perjuicios, dando por reproducidos los fundamentos ya expuestos, agregando la demandante que si sólo se pudiera solicitar las restituciones mutuas, no podría ver satisfecha la pretensión de retornar a su patrimonio la suma de dinero que debió desembolsar como consecuencia del incumplimiento de la demandada, razón por la cual en lo principal de su demanda solicitó el cumplimiento y no la resolución. De esta manera, el daño que reclama como consecuencia de la resolución de contrato que solicita, equivale al empobrecimiento efectivo a que se ha visto expuesta por el incumplimiento resolutorio de la demandada, por lo que solicita que en definitiva se condene a la demandada a indemnizarle por el daño que la resolución de este contrato le causa, condenándole al pago de las sumas de dinero que señala, que equivalen lo que le hubiese significado el cumplimiento del contrato por parte de la demandada. Solicita acogerla en todas sus partes y en definitiva declarar la resolución del contrato en todas sus partes, condenando a la demandada al pago de las siguientes sumas de dinero: Hospitalización por infarto cerebral: \$16.949322, Bonos por consultas neurológicas y derivaciones de éstas: \$315.635. Examen Scanner cerebral: \$250.000. Examen de control de fecha 25 de Octubre 2016: \$1.447.534, todos los medicamentos que mensualmente debe consumir cuyo valor es de \$80.000, siendo la suma total de \$800.000, por 10 meses; o la suma que el tribunal estime conforme a derecho, o a lo que a su prudencia y equidad le dicten respecto al quantum, más los intereses y reajustes que esta cantidad devengue desde la presentación de la demanda, con costas.

Tercero: Que, la demandada no contestó la demanda, por lo que se tuvo por evacuado dicho trámite en su rebeldía, debiendo en consecuencia entenderse que, con su silencio, negó los fundamentos de hecho y de derecho invocados por la demandante.



Cuarto: Que, la demandante en su réplica se limitó a ratificar las circunstancias de hecho y argumentaciones de derecho expuestas en la demanda. Por su parte, la demandada no evacuó la dúplica.

Quinto: Que, a folio 42 se recibió la causa a prueba y se fijaron como hechos sustanciales, pertinentes y controvertidos los siguientes:

- "1.- Efectividad de haber celebrado entre las partes un contrato de atención médica, Seguro Vivir Más de la Companía de Seguros Clínica Las Condes S.A., también llamado Seguros CLC. En la afirmativa estipulaciones y obligaciones de cada una de las partes.
- 2.- Efectividad de que la demandada no ha dado cumplimiento a las obligaciones que le impone el contrato. Hechos y circunstancias en que se funda.
- 3.- Si con ocasión del incumplimiento de la demandada y por un hecho no imputable a la actora, se han producido perjuicios materiales la demandante. Naturaleza y monto de éstos."

Sexto: Que, la demandante se valió de la siguiente prueba:

- I.- Documental:
- A.- Al folio 63, acompañó con citación:
- 1. Certificado de Psicóloga de doña Carla Porra Sanchez
- 2. Certificado de Magíster en Psicología Clínica de doña Carla Porra Sánchez.
- 3. Certificado de post-título de terapia familiar de doña Carla Porra Sánchez.
- 4. Certificado de Psicóloga Clínica de doña Carla Porra Sánchez.
- 5. Informe psicológico efectuado a Rose Marie Ensemeyer Bustos y suscrito por Carla Andrea Porra Sánchez, Psicóloga.
 - B.- Al folio 69, acompañó con citación:
 - 1. Póliza de seguro emitida por la demandada
- 2. Mandato de autorización de cargo folio 105886 de fecha 25 de Marzo de 2015.
 - 3. Solicitud de modificación de pólizas.
 - 4. Autorización de revisión de ficha clínica, suscrita con fecha 5 de enero de 2017
 - 5. Carta recepción de información póliza seguro integral de seguros CLC.
- 6. Carta de apelación de la demandante a la demandada suscrita con fecha 29 de noviembre de 2016.
- 7. Certificado médico otorgado por la doctora de CLC Jaqueline Scherpenisse el cual descarta la HTA como causa de su obstrucción de carótida. Además ella señala que dicho cuadro comenzó a formarse hace mas de 2 años.
- 8. Informe médico clínica río blanco emitido con fecha 28 de septiembre de 2016 que da cuenta de no haberse realizado electrocardiograma.
 - 9. Declaración de salud de la demandante.
 - C.- Al folio 70, acompañó con citación:
- 1. Liquidación número 201605879 de fecha 28 de noviembre de 2016, que da cuenta de la liquidación de siniestro de fecha 17 de mayo de 2016, por un monto reclamado de \$11.127.915.
- 2. Liquidación número 201609524 de fecha 28 de noviembre de 2016, que da cuenta de la liquidación de siniestro de fecha 10 de mayo de 2016, por un monto reclamado de \$15.821.406.
- 3. Liquidación número 201607894 de fecha 19 de diciembre de 2016, que da cuenta de la liquidación de siniestro de fecha 15 de junio de 2016, por un monto reclamado de \$3.520.354.
 - 4. Resumen de bonificación a la cuenta de fecha 28 de diciembre de 2016.
 - 5. Certificado de aprobación de liquidación de fecha 28 de noviembre de 2016.
- 6. Solicitud de antecedentes de fecha 2 de septiembre de 2016 siniestro 201605879.
 - 7. Carta respuesta negativa de Seguros CLC de fecha 31 de enero de 2017.
 - 8. Ficha clínica de atenciones de la demandante en clínica Las Condes.
 - 9. Cartola de prestaciones de la demandante en Isapre Vida Tres.
- 10. Liquidación número 201607894 de fecha 19 de diciembre de 2016, que da cuenta de la liquidación de siniestro de fecha 15 de junio de 2016, por un monto reclamado de \$3.520.354, con firma ilegible.
 - 11. Carta respuesta negativa de Seguros CLC de fecha 18 de noviembre de 2016.



- 12. Detalle de atención ambulatoria de la demandante de fecha 18 de septiembre de 2012 en Clínica Río Blanco.
- 13. Copia de Licencia médica psiquiátrica de la demandante de fecha 2 de septiembre de 2019.
 - D.- Al folio 71, acompañó con citación:
- 1. Copia de correo electrónica remitido por la demandante a Clínica Las Condes, solicitando regularización del pago de lo adeudado y no cubierto por Seguros CLC.
- 2. Copia de correo electrónico enviado por Seguros CLC a la demándate cobrando la prima de cobertura del mes de Enero de 2019.
 - 3. Copia de propuesta de seguro.
- II.- Testimonial: según consta de las audiencias del folio 68 y 92, declararon los siguientes testigos:
 - 1.- Carla Andre Porra Sánchez:

Al Punto Tres, respondió que efectivamente se logra evidenciar un malestar significativo en la demandante, en cuanto a su experticia profesional se visualizan impactos en los distintos dominios de vida de Rose Marie. A nivel psicológico denota una merma en la salud mental cuyo diagnóstico a concluir presenta un trastorno en el estado de ánimo comorbido a un trastorno de angustia generalizada cuyos síntomas a nivel cognitivo se caracteriza con perdida en la productividad, un razonamiento rígido, merma en la plasticidad que construye redes de conversación definidas por el pesimismo, desesperanza y desinterés. A nivel emocional se logra visibilizar un estado de alerta hipervigilancia y aprehensión que generan estados emocionales displacenteros de tristeza, miedo e irritabilidad que afectan la praxis del vivir. En cuanto al nivel social, se caracteriza por una falta ele repertorio secundario a esta sensación de desconfianza e inseguridad que se genera en el hito a demandar. Es preciso señalar que para la consultante la adquisición de seguros se entiende como un hito de seguridad, confianza y respaldo para ella y los seres significativos, por lo tanto, la respuesta de éste y con ello el "hoyo financiero" genera estados de pérdida de bienestar de inseguridad pues la contratación de seguro pasa a ser una teoría subjetiva, la cual es un constructo que predice la base cognoscitiva de como percibir, elaborar y accionar frente a hitos relacionados a ésta. Por lo anterior, dicho hito genera en el sistema familiar considerando las características de ella cuya estructura es monoparental con dos hijos, siendo ella quien jerárquicamente da el funcionamiento a ésta, siendo una dinámica de familia aglutinada, es decir, con limites difusos y permeables que acciona el principio de co-determinación, es decir, lo que se le pasa a un miembro de la familia, afecta a la totalidad del sistema. Siendo así, que existe desde los resultados de ESFA, la cual es una escala de satisfacción familiar un percentil bajo la media, lo que implica una pérdida significativa de la satisfacción familiar, caracterizada por el estrés, la indefensión y culpa fantasiosa que afecta la participación, los roles, las dinámicas y jerarquías. Otro elemento relevante nos entrega la escala de bienestar subjetivo cuyo propósito es visualizar la satisfacción global del evaluado en cuanto a poder desarrollar sus potencialidades y la satisfacción de éstas, cuyo resultado para Rosemarie es en el percentil cinco, por lo tanto, la merma económica, la pérdida de estabilidad, la dinámica de estrés familiar y la muerte de su relación de pareja, reactivos al no pago del seguro que generó una vulnerabilidad, afecta significativamente en las dinámicas interpersonales del evaluado. Asimismo, se reconoce una pérdida de auto eficacia, es decir, la creencia de sus capacidades para enfrentar desafíos, pudiendo observar pérdida del control intrínseco, motivación y locus de control. Por lo tanto, se reconoce un impacto significativo en los diversos aspectos evaluados. Es relevante destacar que los aspectos expresados corresponden principalmente a estados emocionales, cuya característica se define por la temporalidad y la reactividad de un hito externo.

Repreguntada la testigo para que aclare cómo le consta todo lo que ha declarado y explique al tribunal su calificación profesional al respecto, la testigo respondió que le consta lo declarado pues fue generado a través de un proceso psicodiagnóstico cuyos instrumentos están estandarizados en cuanto a la fiabilidad y confiabilidad. Los instrumentos utilizados son un cruce de pruebas cuantitativas, es decir escala de Likert como son los test *BIEPS, ESFA, STAI* e *IDER*. En relación a las pruebas cualitativas, se utiliza la prueba de *Rorshach* y la prueba gráfica de persona bajo la lluvia además de la entrevista semiestructurada personal.



Dijo contar con título profesional de Psicóloga, grado académico magíster en psicología clínica, psicóloga clínica acreditada, perito psicológico.

Se le exhibió y reconoció de su autoría y firma el informe psicológico acompañado a la causa el día 8 de febrero del presente año, a folio 63.

2.- Francisca Andrea Vega Díaz:

Al Punto Tres, la testigo respondió que sí, efectivamente tanto emocionalmente como económicamente. En la parte emocional tuvo la oportunidad de encontrarse con ella, refiriéndose a la demandante la señora Rose Marie, en ese momento le preguntó a ella como estaba ya que se había enterado que ella había tenido un problema de salud grave, pudo notar que estaba bastante afectada por el tema, pues aparte de tener el problema de salud, estaba muy complicada con el tema laboral. Si bien es cierto que no la frecuenta mucho, pudo notar que al hablar del tema se indisponía, se quebraba emocionalmente, cosa que no es normal cuando se encuentra con alguien que no ve frecuentemente, se notaba que el tema estaba muy a flor de piel, refiriéndose a su enfermedad, su situación económica actual, ya que le hizo mención de todo lo que acarreo su tema de salud y la parte económica, debido a lo que había tenido que cancelar, los costos que todo ello implicó, pagando grandes sumas de dinero. Esto obedece, a los grandes gastos en que incurrió era porque la aseguradora no quiso cubrir la cuenta de la clínica. Los motivos que daba la aseguradora para su incumplimiento era como por ejemplo, que ella ya estaba enferma antes de contratar supuestamente el seguro, específicamente le dijeron que tenía hipertensión y que eso a largo plazo le había ocasionado el accidente vascular, lo que es totalmente falso ya que desde que conoce a la señora Rose Marie nunca supo que tomara algún tipo de medicamento asociado a la presión u otra enfermedad, ya que siempre fue una persona sana durante el tiempo que incluso trabajaron juntas. Como dijo anteriormente, trabajaron un tiempo juntas en el rubro de la construcción, motivo por el cual coincidían en sus funciones, por ejemplo, se veían en reuniones, en la Municipalidad entre otros, de esta forma me enteró de la problemática de salud que tenía como también de la dificultad para poder postular a proyectos de trabajo, ya que no tenía capital de trabajo, pues muchos de esos dineros los pagó a la clínica ya que como dijo la aseguradora nunca ha pagado esos dineros, dineros que se aproximan a la suma de veinte millones de pesos y en el rubro de la construcción es una cifra bastante considerable para hacer una inversión. Todo lo anterior le consta porque primeramente se enteró por colegas del rubro del problema de salud, además dejaron de trabajar porque debido a los problemas económicos incluso de llegar a estar en Dicom, por decir de alguna forma, no pudo renovar el convenio marco de inscripción de la consultora, esto fue aproximadamente entre los anos 2016 año en que se enfermó y en el año 2017 comienza a padecer las consecuencias del tema económico y no pudo hacer la renovación que se hace anual por los motivos que acabo de señalar. Cree que todo este daño emocional sumado al daño económico que son veinte millones de pesos, no podría ser menos de diez millones de pesos, sobre todo por el tiempo que ha pasado.

3.- Germán Arturo Valenzuela Ortega:

Al Punto Dos, el testigo contestó que tiene entendido que no ha dado cumplimiento, por lo que ha comentado la señora Ensemeyer. Siempre ella cuando se juntaban con un grupo de apoderados en el colegio, les comentaba el problema que tenía, que era específicamente que la compañía de seguros no le había respondido por una hospitalización que ella tuvo, comentándonos que tuvo que pagar casi completo los gastos de hospitalización, lo que le implicó en su tiempo, no se ahora, entrar en Dicom. Esto era un tema recurrente de ella comentarles esta situación.

Repreguntado el testigo para que diga si sabe si existía un nexo contractual entre la demandante y la demandada, es decir, entre la señora Ensemeyer y la Clínica Las Condes o la Aseguradora, el testigo respondió que nunca vio un documento firmado, pero si le consta en sus declaraciones cuando les comentaba eso.

Para que diga cuál sería ese nexo contractual o de que se trataba, el testigo respondió que lo que tiene entendido era que la Compañía de Seguros tenía un compromiso de cancelar lo que no pagaba la Isapre por concepto de hospitalización, cirugía, no sabe el detalle.

Para que diga si sabe, si al momento de ingreso de la demandante a la Clínica se encontraba vigente este seguro, el testigo respondió que se imagina que sí, porque



cuando salió de su tema de hospitalización, estaba súper confiada de que su operación iba a salir gratis, no sé en qué consistió su hospitalización, no sé si la operaron.

Para que diga si sabe por qué la demandante concurrió a la Clínica Las Condes y no a otro centro asistencial, a pesar de ser ella de Los Andes, el testigo respondió, porque tenía el seguro.

Para que diga si sabe cuál fue la actitud de la Clínica desde el momento que la demandante quiso hacer efectivo el seguro, el testigo respondió que lo que tiene entendido es que la Clínica es un ente aparte del seguro y la Clínica su actitud fue cobrar lo que le hicieron, la intervención, e internamente entre la Clínica y el seguro se genera un tema de aprobación de éste y el seguro le empezó a pedir muchos papeles y a cuestionarle el pago de parte del seguro a la Clínica.

Para que diga cuanto fue el tiempo que tomó el seguro para dar una respuesta a la demandante y si sabe el testigo si ese tiempo fue prudente y si le dio la oportunidad a la demandante de oponerse al rechazo, el testigo respondió que lo que tiene entendido, no sabe si es un tiempo prudente o no, no se acuerda si comentó del tiempo, solo sabe que cada vez que hablaba del tema, les decía que el seguro le pedía más papeles, hablaba de rechazos y dijo por ejemplo pasaban dos meses y le preguntaban y ella estaba en lo mismo, era una dinámica. Explícitamente según su parecer (respecto al rechazo) no, porque si le pedían más papeles era para otro objetivo, no lo sabe.

Para que diga si sabe si la aseguradora o la Clínica Las Condes, le ha pagado a la demandante algo o en parte de todo lo que ésta desembolsó con ocasión del siniestro y de sus tratamientos posteriores el testigo respondió que según lo que comenta ella, no le ha pagado nada.

Contrainterrogado el testigo para que diga si sabe específicamente qué tipo de contrato celebró la demandante con la demandada, el testigo respondió que tiene entendido que el seguro le pagaba los gastos que no le pagaba la Isapre.

Para que diga si sabe en qué fecha aproximada se habría hospitalizado la demandante, el testigo respondió, que, por otros hitos, debe haber sido unos tres años y medio atrás.

Para que, aclarando sus dichos y habiendo declarado que era tema recurrente el rechazo por parte de la demandada, para que diga si esta última le explicitó el rechazo en virtud de omisiones de su declaración de salud, el testigo respondió que algo recuerda que les comentó lo que había dicho la compañía de seguros para no pagarle de eso se agarraba.

Para que diga, aclarando sus dichos, señale el testigo si decía relación con enfermedades o patologías no declaradas oportunamente, el testigo respondió que lo que tiene entendido es que ella declaró todo y lo sabe por las conversaciones con ella.

Para que diga si en estas periódicas reuniones a que hizo referencia el testigo si la demandante manifestó en alguna oportunidad estar en tratamiento psiquiátrico de alguna naturaleza, el testigo respondió que primero que todo, no sabe lo que se relaciona a las reuniones, porque nunca fue algo concertado, quizás pondría otro sinónimo, y para efectos de la pregunta respecto de tratamientos psiquiátricos, les comentó que hace seis meses atrás o cuatro o un poco más a raíz de su problema económico, tuvo pensamientos suicidas y que eso la hizo recurrir a un psiquiatra, la verdad no sabe si de acá o de Santiago.

Para que, aclarando la dinámica generada entre las partes, entre la demandante y la compañía de seguros, para que diga si sabe si le pidieron informar o documentar antecedentes de enfermedades crónicas tales como diabetes o hipertensión, el testigo respondió que la verdad no sabe, pero se imagina que no, porque ella no tenía enfermedades crónicas.

Para que diga si ha visto personalmente y leído el contrato al que hizo referencia al principio de su declaración, y la declaración personal de salud de doña Rose Marie Ensemeyer, el testigo respondió que si no se equivoca al principio de esto, dijo que no tenía antecedentes concretos del contrato, no lo leyó.

Para que diga si lo sabe, cuáles son las causales de exclusión de cobertura de siniestros del contrato, el testigo respondió que no lo sabe.

Para que diga si ha visto personalmente una ficha clínica o antecedentes clínicos de la demandante, el testigo respondió que no lo recuerda.



Al Punto Tres, el testigo respondió que tiene entendido que tuvo que gastar alrededor de dieciocho millones de pesos, esto sería por concepto de la hospitalización que tuvo en la Clínica Las Condes. Bueno los perjuicios fueron también entrar a Dicom como comentó, además del tema que les comentaba ella, de su deterioro psicológico.

Repreguntado el testigo para que diga si conoce la suma de los perjuicios al menos aproximadamente y como lo sabe, el testigo respondió que en lo que gastó en la Clínica unos dieciocho millones de pesos por ahí, esto lo sabe, cuando se juntaban en el colegio con los apoderados, ella lo comentó.

Para que diga si acaso el seguro ha pagado algo de todos los gastos en que ha incurrido la demandante o siquiera ha tenido contacto con ella para demostrarle su intención de hacerlo, el testigo respondió que tiene entendido que no.

Para que diga, si es que lo sabe, si luego del rechazo la demandante ha seguido pagando el seguro mensualmente, el testigo respondió que en este momento no sabe si lo está pagando, pero les comentaba que después de lo que le pasó lo seguía pagando y ellos le decían: ¿pero por qué?

Para que diga si es que los perjuicios que ha sufrido la demandante han sido causados por negligencia y/ o culpa de ella o por el simple hecho de la negativa reiterada del seguro a pagar lo que ella desembolso, el testigo respondió que él no está en su cabeza, lo que puede comentar que el seguro le ha afectado mucho en su tema material.

Contrainterrogado el testigo para que diga si le consta fehacientemente que no hay hechos imputables a la señora Ensemeyer para la que la demandada rechace el pago solicitado, el testigo respondió que por lo que el sabe, no.

Para que diga, aclarando sus dichos en las múltiples conversaciones que sostuvo con la señora Ensemeyer, para que diga si escuchó de ésta proferir, decir, comentar, que la compañía de seguros le negaba el pago imputándole consumo de drogas, específicamente cocaína, respondiendo que no, como tampoco escuchó comentarios por ello a otras personas, sólo lo escuchó hoy en esta audiencia.

Para que diga, aclarando sus dichos en las múltiples conversaciones que sostuvo con la señora Ensemeyer, para que diga si escuchó de ésta proferir, decir, comentar, que la compañía de seguros le negaba el pago imputándole una condición crónica de hipertensión, el testigo respondió que se recuerda que ella decía que le imputaban cosas, y de enfermedades crónicas, no recuerda que las haya tenido y tampoco recuerda que haya mencionado que tenía hipertensión crónica, pero eran las cosas que le decían para no pagarle el seguro, pero el detalle que le decían no lo sabe, no lo recuerda.

Para que diga si recuerda o ella comentó que una de las causas de su hospitalización o internación fue haber sufrido un accidente vascular, el testigo respondió que sí, de hecho, supo todo el curso y por whatsapp, era algo como increíble en ese momento.

Para que diga si en ese grupo o en el círculo en común, si ella manifestó o se supo o tuvo acceso a información de las causas de este accidente vascular, el testigo respondió que, para ellos, refiriéndose al curso, no veían causas por eso fue increíble. No sabían causas para ellos.

La parte demandada le exhibe en este acto al testigo un documento acompañado en la causa con fecha 10 de febrero de 2020, que corresponde a un resultado de una interconsulta de psiquiatría, para que el testigo señale la fecha del documento y si es que entre las hipótesis diagnosticas se contempla el abuso de cocaína, el testigo respondió que, con respecto al documento que se le exhibe en ese acto, puede decir que observa la fecha y que corresponde al 19 de mayo de 2016, y está marcada con amarillo que es la número cinco, ya que las otras no están marcadas, lo que le hace ver en primer lugar y dice "abuso de cocaína".

Séptimo: Que, por su parte, la demandada se valió de las siguientes pruebas:

I.- Documental:

- A.- A folio 59, acompañó bajo el apercibimiento del art. 346 N°3 del Código de Procedimiento Civil, los siguientes documentos:
- 1. Propuesta "Seguro Integral", correspondiente al N°107929, de doña Rose Marie Ensemeyer Bustos, de fecha 25 de marzo de 2015.
- 2. Póliza de Seguros N°201201637 celebrada entre la Sra
. Ensemeyer y Seguros CLC S.A.



- 3. Antecedentes médicos de la señora Ensemeyer:
- Detalle de Atención de Urgencia, de fecha 18 de septiembre de 2012.
- Interconsulta Psiquiátrica de fecha 19 de mayo de 2016.
- Notas de Alta de fecha 19 de mayo de 2016.
- 4. Carta de fecha 18 de noviembre de 2016, emitida por Seguros CLC a la demandante, y Carta de fecha 31 de enero de 2017, emitida por Seguros CLC a la demandante.

Octavo: Que, conforme a lo dispuesto en el artículo 1545 y siguientes del Código Civil, los contratos son una ley para los contratantes, no pudiendo ser invalidados sino por su consentimiento mutuo o por causas legales, debiendo ejecutarse de buena fe, de modo que obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todo lo que emana de la naturaleza de la obligación o que por la ley o la costumbre le pertenecen. Además, según lo prevenido por los artículos 1489 y siguientes del Código Civil, todo contrato bilateral contiene la condición resolutoria de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, en cuyo caso el otro contratante podrá pedir la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios. Por otra parte, el artículo 1689 del mismo cuerpo legal establece que incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta.

Noveno: Que, conforme a lo anterior, corresponde primero verificar la efectividad de encontrarse las partes vinculadas contractualmente, para así establecer las obligaciones emergentes del contrato para cada una de ellas.

Al efecto, se analiza el documento consistente en la póliza de seguro acompañada por la parte demandante a folio 69, y también los documentos acompañados por la demandada a folio 59, consistentes en una "Propuesta Seguro Integral", correspondiente al N°107929, de Rose Marie Ensemeyer Bustos, de fecha 25 de marzo de 2015 y Póliza de Seguros N°201201637, ambos bajo el apercibimiento del artículo 346 N°3 del Código de Procedimiento Civil, respecto de los que no se alegó su falsedad o falta de integridad, por lo que se valoran conforme al artículo 1702 del Código Civil, permitiendo tener por acreditado, en lo que resulta relevante para la solución de la controversia, lo siguiente:

- 1) Que la demandada Seguros CLC S.A y la demandante Rose Marie Ensemeyer Bustos, suscribieron un contrato de seguro que denominaron "Seguro Integral", que tuvo como fecha de inicio de su cobertura el día 7 de abril de 2015, sin que exista constancia de su terminación, pactándose una prima total anual de 11,16 Unidades de Fomento, con condiciones particulares y generales que forman parte del mismo contrato, al igual que la Circular Nº2106 Superintendencia de Valores y Seguros, sobre el Procedimiento de Liquidación de Siniestros.
- 2) Que en las condiciones particulares del contrato de seguro las partes acordaron lo siguiente:
- En su punto 3. sobre *Coberturas:* Que el asegurador reembolsará los gastos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos hasta el monto máximo anual de gastos reembolsables y después del pago del deducible por parte del asegurado indicado en el punto siguiente. En el caso de gastos reembolsables efectuados en la Clínica Las Condes, el monto máximo contratado es de 35.000 Unidades de Fomento, señalándose en el punto 3.1 un cuadro de coberturas para gastos médicos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos, efectuados en la Clínica Las Condes, para asegurados con Isapre vigente, que incluye un 100% de cobertura para gastos médicos de hospitalización, con o sin riesgo vital, 100% de cobertura para gastos médicos ambulatorios, 100% de cobertura para servicio de rescate, 50% de cobertura para medicamentos ambulatorios y 50% de cobertura para gastos médicos de hospitalización y ambulatorios no cubiertos por la Isapre.
- En su punto 7, sobre *Denuncias de siniestros*, entre otras estipulaciones, se acordó que el asegurado no deberá dar aviso a la aseguradora si la hospitalización ocurre en la Clínica Las Condes.
- 3) Que en las condiciones generales del contrato de seguro las partes acordaron lo siguiente:
- Artículo 4º Definiciones: 11. Enfermedad: Es un estado que se produce por la pérdida de la función de cualquier sistema u órgano, que se traduce en un malestar acompañado de un conjunto de signos y síntomas que altera la función vital normal. Su diagnóstico y confirmación deben ser efectuados por un Médico. Todas las consecuencias posteriores



relacionadas a una enfermedad a la misma familia de enfermedades se considerarán como una misma enfermedad. Las enfermedades que se produzcan como consecuencias inmediata o directa de un tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad. Todas las enfermedades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas o a enfermedades asociadas entre sí, serán consideradas como una misma enfermedad. 12. Enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes: Se entiende por tales, aquellos diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien, contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

- Artículo 5º: Exclusiones: La cobertura otorgada en virtud de esta póliza no cubre los gastos médicos que no tengan como causa un Evento. Asimismo, la cobertura en virtud de esta póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de: a) enfermedades, dolencias o situación de salud preexistente. En las condiciones particulares de la póliza se deberá dejar constancia de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud preexistentes declaradas por el Contratante o por el asegurado, las que no serán cubiertas. Sin perjuicio de lo anterior, la compañía podrá indicar en las Condiciones Particulares las condiciones en que se les otorgará cobertura, debiendo en tal caso el Contratante o Asegurado entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.
- Artículo 6º: Obligaciones del asegurado: El asegurado está obligado a: 1º declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el Asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.
- Artículo 7º: Declaración del contratante y del asegurado. La póliza se otorga en base a las declaraciones, informaciones y antecedentes proporcionados por el asegurado a la solicitud de la Compañía Aseguradora en cumplimiento de la obligación referida en el numeral 1 del artículo anterior, las que deberán prestarse en los formularios o documentos que proporcione la compañía con tal finalidad. Para estos efectos, regirá lo dispuesto en los artículos 525 y 539 del Cógigo de Comercio.
- 4) Que, forma parte del contrato de seguro el anexo 02: Circular Nº2106 Superintendencia de Valores y Seguros, que contiene el Procedimiento de Liquidación de Siniestros que regula, en lo pertinente, lo siguiente:
- 1) Objeto de la liquidación: La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar. El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.
- 2) Forma de efectuar la liquidación: La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro.
- 3) Derecho de oposición a la liquidación directa: En caso de liquidación directa por la compañía, el Asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar al Liquidador en el Plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.
- 4) Información al asegurado de gestiones a realizar y petición de antecedentes: El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, al correo electrónico informado en la denuncia del siniestro o por carta certificada al domicilio señalado en la denuncia de siniestro, de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.
- 5) Pre informe de liquidación: En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días desde su conocimiento.



- 6) Plazo de liquidación: Dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncio, a excepción de: a) siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgos del Primer Grupo cuya prima anual sea superior a 100 UF: 90 días corridos desde fecha denuncio; b) siniestros marítimos que afecten a los cascos o en caso de Avería Gruesa: 180 días corridos desde fecha denuncio.
- 7) Prórroga del plazo de liquidación: Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que deberá comunicarse al Asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación, en casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informe de Liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad, salvo que se indiquen la falta de requerimiento, ni podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.
- 8) Informe final de liquidación: El informe final de liquidación deberá remitirse al Asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículos 25 al 28 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda Nº 1055 de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).
- 9) Impugnación informe de liquidación: Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado. Impugnado el informe, el Liquidador o la compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.

Conforme a las circunstancias anotadas precedentemente, se puede concluir la efectiva existencia del contrato de seguro celebrado entre las partes, con las estipulaciones anotadas y, con ello, por concurrente el primer requisito de la acción deducida, debiendo tenerse presente que el seguro, de acuerdo al artículo 512 del Código de Comercio, es un contrato por el cual se transfieren al asegurador uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando éste obligado a indemnizar el daño que sufriere el asegurado, o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones pactadas.

Décimo: Que, en este punto resulta útil establecer la efectividad de la ocurrencia del siniestro. Sobre el particular, al analizar la ficha clínica de la demandante y en particular las liquidaciones del seguro correspondientes al evento N°201605879, de fecha 18 de noviembre de 2016, acompañadas al folio 70 con citación y sin objeción en contra, consta y se puede dar por acreditado que la demandante fue atendida el 5 de mayo 2016 en el servicio de urgencias de dicha Clínica, por paresia facial izquierda. Luego, en lo que resulta pertinente al incumplimiento alegado, se da por establecido que fue atendida en la Clínica Las Condes, realizándosele las prestaciones que se señalan a continuación, agrupadas por fecha del siniestro, a saber:

- Fecha del siniestro: 10 de mayo de 2016: Prestaciones: a) Clínica Las Condes, b) Servicios de Salud Integrados. Monto reclamado: \$5.821.406. Porcentaje de cobertura del seguro: 0,00%. Observaciones: sin cobertura de acuerdo a carta adjunta.
- Fecha del siniestro: 17 de mayo de 2016. Prestaciones: a) Clínica Las Condes, b) Servicios de Salud Integrados. Monto reclamado: \$11.127.915. Porcentaje de cobertura del seguro: 0,00%. Observaciones: sin cobertura de acuerdo a carta adjunta.

Undécimo: Que, conforme a las estipulaciones del contrato de seguro, referidas en el motivo noveno de este fallo, la aseguradora se encontraba obligada a reembolsar los gastos razonables y acostumbrados y efectivamente incurridos hasta el monto máximo anual de gastos reembolsables y después del pago del deducible por parte del asegurado, siendo el monto máximo contratado de 35.000 Unidades de Fomento, incluyéndose en el seguro un 100% de cobertura para gastos médicos de hospitalización, con o sin riesgo vital, 100% de cobertura para gastos médicos ambulatorios, 100% de cobertura para servicio de rescate, 50% de cobertura para medicamentos ambulatorios y 50% de cobertura para gastos médicos de hospitalización y ambulatorios no cubiertos por la Isapre. En consecuencia, se estima que las prestaciones recibidas por la demandante en los siniestros de fecha 10 y 17 de mayo de 2016, señalados en el considerando anterior,



se encontraban dentro de la cobertura contratada por las partes y, por lo tanto, la demandada se encontraba obligada por el contrato a otorgar la cobertura convenida.

Duodécimo: Que, en este punto se debe determinar si se ha producido o no el incumplimiento de la demandada, que en el presente caso consiste, sustancialmente, en que en su calidad de aseguradora no cumplió su obligación de cubrir el siniestro denunciado, correspondiente al evento N°201605879, sin perjuicio de los restantes incumplimientos alegados, debiendo tenerse en consideración que en virtud de la contestación ficta de la demanda, la demandada negó en principio la existencia de la obligación, pero dicha cuestión ya resultó acreditada en este juicio, por lo que el análisis de la prueba a continuación se debe centrar en determinar si existe el incumplimiento alegado por la demandante y negado tácitamente por la demandada.

Al efecto, a folio 70 consta la carta de fecha 18 de noviembre de 2016, emitida por Seguros CLC a la demandante, y la carta de fecha 31 de enero de 2017, también emitida por seguros CLC a la demandante, además de las liquidaciones del seguro de fecha 18 de noviembre de 2016, correspondientes al evento N°201605879. Del análisis de tales documentos, acompañados con citación y sin objeción en contra, resulta un hecho acreditado en juicio que la aseguradora negó la cobertura al siniestro reclamado N°201605879, por los motivos que se señalan en las cartas referidas.

Décimo tercero: Que, asentada la existencia del contrato de seguro, las obligaciones de las partes, que el evento reclamado se encontraba dentro de la cobertura contratada y que la demandada negó dicha cobertura, se debe verificar si dicho incumplimiento resulta o no culpable, para eventualmente configurarse así la responsabilidad contractual, teniendo en consideración para ello lo dispuesto en el artículo 1547 inciso tercero del Código Civil, en cuanto a que la prueba de la diligencia o cuidado incumbe al que ha debido emplearlo, resultando entonces necesario analizar los documentos en los que constaría el motivo por el cual la demandada se excusó en su oportunidad de cumplir con lo pactado, siendo tales documentos las ya señaladas cartas de fecha 18 de noviembre de 2016 y 31 de enero de 2017, emitidas por Seguros CLC a la demandante, negando la cobertura al siniestro N°201605879.

La primera carta da cuenta que "no procede el reembolso por el siniestro Nº201605879, por hospitalización de fecha 17 de mayo de 2016, de acuerdo a lo descrito en las Condiciones Generales de la Póliza, artículo 4º Definiciones Nº11 y artículo 6º(sic) Exclusiones, letra a)", explicándose que: "En efecto, según la información aportada a nuestra Compañía, se establece que, desde el año 2012, Ud. presenta antecedentes de hipertensión arterial, fecha anterior a la vigencia inicial de la póliza (7 de abril de 2015)".

La segunda carta, de fecha 31 de enero de 2017, emitida por Seguros CLC a la demandante, se pronuncia sobre la impugnación presentada por ésta respecto de la denegación a la cobertura del siniestro N°201605879. Ésta señala que "En respuesta a la solicitud de apelación por la no bonificación del siniestro de la referencia, informamos a Ud. que, de acuerdo a las condiciones generales de la póliza de Seguro Integral, es condición para que la cobertura de la misma opere, la validez de las declaraciones del asegurado en relación a su estado de salud al momento de contratar la póliza. Lo anterior significa que el asegurado debe declarar toda y cualquier evento o patología que a la fecha de contratación lo afecte, tanto por él como su grupo familiar. De lo contrario no operará la cobertura correspondiente.

Revisados nuevamente los antecedentes relativos al siniestro reclamado por usted de fecha 17 de Mayo de 2016, resulta, como se le informara con anterioridad, que Ud. no declaró antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento desde el año 2012.

Si lo anteriormente descrito, Ud. lo hubiese declarado en la declaración personal de salud, habríamos solicitado mayores antecedentes para la evaluación de riesgos.

Revisando su ficha clínica, nos encontramos con un antecedente más, para rechazar el siniestro de la referencia. Nos referimos a Interconsulta con psiquiatra, de fecha 19 de Mayo de 2016, que indica cómo causa de este Accidente vascular, el consumo de cocaína. Dicho consumo es el causante de oclusión bilateral crónica de carótidas.

De acuerdo a lo indicado anteriormente, se mantiene el rechazo al siniestro de la referencia."



Décimo cuarto: Que, respecto de la primera misiva, que junto con las liquidaciones de la misma fecha –18 de noviembre de 2016– constituirían el informe final de liquidación efectuado por la aseguradora, se debe advertir desde ya que en el proceso de su emisión se incumplieron una serie de disposiciones que formaron parte del contrato celebrado entre las partes, contenidas en la Circular Nº2106 de la Superintendencia de Valores y Seguros, referida al Procedimiento de Liquidación de Siniestros. En efecto:

- Siendo carga de la demandada, ninguna prueba rindió que permita establecer que se haya cumplido con la formalidad contenida en el Nº2 de dicha Circular, en cuanto a la "Forma de efectuar la liquidación", puesto que habría sido la misma compañía aseguradora la que efectuó la liquidación, sin embargo, no acreditó haber comunicado esta decisión a la asegurada dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro, privando a la asegurada de ejercer su derecho a oponerse a la liquidación directa por parte de la aseguradora.
- No consta que la aseguradora haya informado al asegurado de las gestiones a realizar y que le haya solicitado de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro. Por el contrario, de la carta de fecha 2 de septiembre de 2016, consta que en tal oportunidad la aseguradora realizó a la demandante una primera petición de antecedentes clínicos para evaluar la procedencia del reembolso solicitado por el evento N°201605879 y, luego, conforme a la autorización notarial de fecha 5 de enero de 2017, cuya copia se acompañó a folio 70 por la demandante, se estima verosímil su alegación en cuanto a que recién el 2 de enero de 2017 se le pidió por la aseguradora autorización para revisar sus fichas médicas.
- Igualmente se incumplió el plazo para efectuar la liquidación, ya que ésta se debió realizar por la aseguradora dentro del más breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde la fecha del denuncio, que coincide con la fecha de los siniestros, atendido que las atenciones fueron realizadas en la Clínica Las Condes. Así, correspondiendo la fecha de los siniestros a los días 10 y 17 de mayo de 2016, al día 18 de noviembre del mismo año, oportunidad en que se expidieron las liquidaciones, había transcurrido sobradamente el plazo convenido para tal efecto, sin que conste haberse éste prorrogado, conforme al N°7 de la misma Circular.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, en lo que se refiere al fondo del asunto, esto es, la justificación o motivo del rechazo al otorgamiento de la cobertura reclamada, en la primera carta dirigida por la aseguradora a la asegurada, se explica que éste se basa en una preexistencia no declarada por la asegurada, consistente en una patología relacionada con hipertensión arterial y su consecuente tratamiento desde el año 2012.

Al respecto, del análisis de los documentos acompañados por ambas partes a folio 59 y 69, en la Propuesta "Seguro Integral", consta que la demandante declaró sobre las circunstancias que involucran su salud, actividad laboral, deportiva y de cualquier naturaleza que pueda influir en la aparición y la extensión del riesgo que se está contratando. En dicha declaración la asegurada manifestó no presentar o haber presentado ninguna enfermedad de las allí señaladas y, específicamente, en la letra e), descartó padecer de hipertensión arterial. Sin embargo, del documento acompañado por la demandada a folio 59, consistente en un "Detalle de Atención de Urgencia" de fecha 18 de septiembre de 2012, es posible concluir que ya en dicha oportunidad a la demandante se le atendió por "dolor de tórax tipo molestia, leve, estando en el casino, luego ansiedad", consignándose como hipótesis diagnóstica "Hipertensión Arterial Esencial", efectuándosele exámenes que dieron como conclusión un diagnóstico de "Hipertensión Arterial Esencial". Tal documento fue acompañado bajo apercibimiento del artículo 346 N°3 del Código de Procedimiento Civil, sin embargo, no fue otorgado ni se encuentra suscrito por la demandante, por lo tanto, no procede hacer efectivo el apercibimiento de dicha norma a su respecto. No obstante lo anterior, tal instrumento se corrobora en autos con las "Notas de Alta" contenidas en la ficha clínica de la demandante, que señalan dentro de sus antecedentes "HTA tratamiento con Betaloc Zok", y con lo declarado por ésta en su escrito de 29 de noviembre de 2016, por el que impugnó la decisión de rechazo de cobertura, según consta en el documento acompañado a folio 71 por la propia demandante, en el que reconoce un par de ocurrencias puntuales por las que le dijeron que se trataba de una hipertensión leve. Así



las cosas, tales antecedentes tienen la gravedad y precisión suficientes para arribar a una presunción judicial, conforme a los artículos 426 del Código de Procedimiento Civil y 1712 del Código Civil, y permiten dar por acreditado que la asegurada supo con antelación a prestar su declaración de salud sobre la existencia de la hipertensión que la aquejaba y por la cual recibía tratamiento desde el año 2012, lo que no manifestó en su declaración de salud.

Ahora bien, cabe en este punto plantearse si la existencia de tal patología no declarada por la demandante ha de ser considerada al efecto de permitir que la demandada desconozca su obligación de otorgar cobertura al siniestro. Sobre el particular, resulta importante reiterar que la negativa del seguro se fundó sólo en la preexistencia no declarada de hipertensión arterial, mas no en la pérdida de vigencia del contrato por motivo de una eventual ocultación de dicho antecedente. Por lo tanto, se debe atender a los términos en que las partes celebraron el contrato, constando en el artículo 5° de las Condiciones Generales de la Póliza lo siguiente: "Exclusiones: (...) la cobertura en virtud de esta póliza no cubre los gastos susceptibles de ser reembolsados cuando ellos provengan o se originen por, o sean consecuencia de, o correspondan a complicaciones de: a) enfermedades, dolencias o situación de salud preexistente."

Conforme a lo anterior, los términos contractuales autorizan a la aseguradora a negar la cobertura cuando los gastos del evento de que se trate provengan, se originen, sean consecuencia o correspondan a complicaciones de una enfermedad preexistente, por lo tanto, la aseguradora debió establecer fehacientemente que el siniestro cuyo pago reclamaba la asegurada se derivaba de la patología no declarada por ésta, ya que tal sería la hipótesis contractual que exoneraría a la demandada del pago convenido, sin embargo, no consta que se haya formado tal convencimiento al evaluar la procedencia del reembolso solicitado por el evento N°201605879, y tampoco rindió prueba en este juicio que permita establecer que, efectivamente, las atenciones médicas recibidas por la demandante provengan, se originen, sean consecuencia o correspondan a la hipertensión arterial que le aqueja, por el contrario, del certificado médico acompañado a folio 69 por la demandante, con citación y sin objeción, emitido por Jacqueline Scherpenisse Infante, Neuróloga de la Clínica Las Condes, de fecha 28 de noviembre de 2016, consta que ésta certificó atender a la demandante, quien es portadora de hipertensión arterial leve en tratamiento con V.D Betalok 50 mg., desde 2012, pero agregando que su cuadro de obstrucción de carótida no se explica por la hipertensión arterial, descartando así una relación de causalidad entre la hipertensión arterial y la patología por la cual la asegurada solicitó la cobertura del seguro al evento N°201605879.

De lo anterior se concluye que el motivo indicado por la demandada para negar la cobertura al siniestro, si bien efectivo, en cuanto la demandante no declaró que sufría hipertensión arterial, estando en conocimiento de ello, no se encuentra relacionado con la patología que llevó a la asegurada a requerir los servicios de la Clínica Las Condes los días 10 y 17 de mayo de 2016, o al menos no existe prueba sobre ello, siendo carga probatoria de la aseguradora, conforme al artículo 531 del Código de Comercio, por lo tanto, se estima que el incumplimiento de la demandada ha sido culpable, en cuanto procedió a denegar la cobertura del seguro por una preexistencia no declarada que no guardaba relación con la nueva enfermedad sufrida por la asegurada, atentando así contra los términos del contrato.

Décimo quinto: Que, en cuanto a la segunda carta, de fecha 31 de enero de 2017, emitida por Seguros CLC a la demandante, en la que se pronuncia sobre la impugnación presentada por la asegurada respecto de la denegación a la cobertura del siniestro Nº201605879, se debe decir que la incorporación de un nuevo antecedente para sustentar el rechazo resulta completamente alejado del procedimiento de liquidación del seguro, dejando a la asegurada sin posibilidad de impugnación dentro del mismo procedimiento, por lo que cabe desde ya desestimarlo como justificativo del incumplimiento contractual. Sin perjuicio de lo anterior, igualmente cabría señalar que el único documento en el que consta la existencia de consumo de cocaína por parte de la demandante, consiste en una consulta psiquiátrica de fecha 19 de mayo de 2016, en la que se plantea como Hipótesis Diagnóstica, entre otros factores, el abuso de cocaína, señalándose en la evolución "Paciente hospitalizada hace unos 10 días por un ACV frontal derecho secundario a una oclusión bilateral crónica de carótidas asociado a un consumo agudo de cocaína.", consignándose la existencia de un consumo esporádico de



la asegurada desde hace dos años a esa fecha. Entonces cabe advertir, al igual que en lo que se refiere a la hipertensión arterial, que si bien la asegurada no declaró la circunstancia de ser consumidora esporádica de cocaína al momento de contratar el seguro, no existen elementos probatorios que permitan ligar causalmente tal consumo con la patología de obstrucción de carótidas, puesto que tal relación debió concluirse por los médicos especialistas tratantes, no por un psiquiatra, sin embargo, la neuróloga no hizo mención a ello en el certificado expedido y tampoco se dejó constancia de lo mismo en la ficha clínica de la paciente, con lo que igualmente cabe desestimar este argumento como justificativo del incumplimiento al contrato.

Décimo sexto: Que, conforme al análisis de la prueba rendida consistente en un correo electrónico de fecha 15 de enero de 2019, remitido por la demandada a la demandante, en que la insta al pago de la prima, acompañado con citación, valorado de conformidad a los artículos 426 del Código de Procedimiento Civil y 1712 del Código Civil, atendida su gravedad y concordancia con la restante prueba rendida, se dará por establecida la vigencia del contrato de seguro celebrado entre las partes, máxime si se estima que tal circunstancia, alegada por la demandante, no fue desconocida por la demandada en ninguna etapa del juicio.

Décimo séptimo: Que, en atención a las conclusiones señaladas en los motivos anteriores, se estima que concurren los elementos que permiten dar por concurrente la responsabilidad contractual de la demandada y, por lo tanto, que resulta procedente la acción deducida en forma principal. Al respecto, se debe considerar que la demandante en el petitorio de su demanda, en lo pertinente, solicitó se condene a la demandada a cumplir integramente el contrato, dando cumplimiento a su obligación de cubrir el siniestro denunciado, a través del cumplimiento por equivalencia y condenar a la demandada a pagarle la suma de \$19.762.491 por daño emergente.

Pues bien, tal petitorio resulta atendible, ya que el cumplimiento en naturaleza del contrato de seguro por parte de la aseguradora implicaba que ésta hubiere satisfecho el pago correspondiente directamente a la Clínica Las Condes, sin embargo, como puede advertirse de la lectura de las liquidaciones del seguro correspondientes al evento N°201605879, acompañadas al folio 70 con citación y sin objeción en contra, la aseguradora rechazó el otorgamiento de la cobertura por un total de \$16.949.321, quedando entonces la demandante obligada al pago de dicha suma, sin cobertura del seguro, generándose un crédito en su contra a favor de la Clínica, lo que constituye daño emergente ya que se trata de desembolsos que la demandante efectuó o deberá efectuar al tercero, en circunstancias que éstos debieron ser cubiertos por la demandada, de haber cumplido en forma diligente con el contrato. De esta manera, el cumplimiento por equivalencia o remedio contractual, en la especie, consistirá en que la demandada deberá pagar a la demandante el daño emergente que le ha ocasionado el incumplimiento contractual, suma que asciende a \$16.949.321, según se dirá en lo resolutivo.

En cuanto a las restantes sumas demandadas como daño emergente, fundadas en el costo de bonos por consultas neurológicas y derivaciones de ésta, examen y scanner cerebral, y todos los medicamentos que mensualmente debe comprar la demandante, se rechazará la demanda al respecto, puesto que la prueba rendida no permite dar por establecida fehacientemente la existencia de tales desembolsos. Luego, en cuanto a la suma pretendida por concepto de examen de control de 25 de Octubre 2016, la suma pretendida igualmente será rechazada, toda vez que el documento rendido al respecto, consistente en un Resumen de Bonificaciones extendido el 28 de diciembre de 2016 por la Clínica Las Condes, da cuenta de un "total aporte aseguradoras", con lo que no resulta posible determinar de su análisis que la demandada haya negado la cobertura al respecto, no habiéndose alegado por la demandante específicamente respecto de una cobertura incompleta, lo que priva de certidumbre al daño alegado.

Décimo octavo: Que, en cuanto al daño moral, sin perjuicio que su procedencia, tratándose de un incumplimiento contractual, es un asunto que ya no resulta debatido a nivel jurisprudencial, igualmente se anotará que, conforme ha señalado en diversos fallos la Excma. Corte Suprema, a modo de ejemplo, en los autos Rol 2911-2011, "Que es conocido como, desde antaño, se discutía la procedencia de la compensación del daño moral en sede del estatuto de la responsabilidad contractual. Sin embargo, también es una idea extendida ya, que aquel debate se ha visto mayoritariamente superado, desde luego lo ha sido por esta Corte Suprema, por amplios sectores de la doctrina y por la



generalidad de la jurisprudencia. De allí, entonces, cabe afirmar que el daño moral en el citado régimen ha de entenderse como un principio general del sistema de responsabilidad civil de nuestro país".

Asentado lo anterior, de la valoración de la prueba testimonial rendida por la parte demandante, transcrita íntegramente en el motivo sexto de este fallo, tratándose de testigos que apreciaron las circunstancias sobre las que declararon en forma directa, dando suficiente razón de sus dichos y encontrándose contestes, se valorará de conformidad a lo dispuesto en el artículo 384 regla 2° del Código de Procedimiento Civil, permitiendo dar por acreditado que, producto del incumplimiento contractual de la aseguradora, la demandante se vio obligada al pago de cuantiosas sumas de dinero en favor de la Clínica Las Condes, ocasionándole así sentimientos de frustración y problemas económicos, que le produjeron episodios de grave afectación mental y angustia, desmejorando su calidad de vida personal y familiar.

En este punto se dirá que se estima que el perjuicio inmaterial sufrido por la demandante se encuentra en relación de causalidad con el incumplimiento contractual de la aseguradora, puesto que, de haber ésta cumplido oportunamente con su obligación, la demandante no hubiera debido atravesar por la aflicción de verse, además de enferma, expuesta al pago de una suma de dinero que la desestabilizó emocional y económicamente, fijándose su monto tomando como base los hechos acreditados y los asertos de los testigos en cuanto a los padecimientos soportados por la demandante.

Décimo noveno: Que, se omitirá pronunciamiento respecto de las restantes acciones deducidas, por haberse presentado en forma subsidiaria a aquella que será acogida.

Vigésimo: Que, las sumas que se ordenará pagar en esta sentencia deberán ser pagadas reajustadas conforme a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, entre el mes anterior al de la fecha de notificación de la demanda y el mes anterior al del pago. Además, ganarán intereses corrientes para operaciones reajustables desde la fecha en que la presente sentencia quede ejecutoriada, hasta el pago.

Vigésimo primero: Que, el análisis de la totalidad de la prueba rendida conduce al acogimiento de la acción deducida en forma principal, sin perjuicio que, no resultando completamente vencida la demandada, cada parte soportará sus costas.

Por estas consideraciones y visto lo dispuesto en los artículos 1443, 1489, 1545, 1547, 1551, 1556, 1557, 1559, 1701 y 1712 del Código Civil; 512 y siguientes del Código de Comercio; 144 y 170 del Código de Procedimiento Civil, se declara:

- I.- Que **se acoge** la demanda deducida por Rose Marie Ensemeyer Bustos, en contra de Seguros Clínica Las Condes S.A o Seguros CLC S.A., sólo en cuanto se condena a la demandada a dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado entre las partes, debiendo para ello pagar directamente a la demandante la suma de \$16.949.321, por concepto de daño emergente, y la suma de \$3.000.000 por concepto de daño moral, con los reajustes e intereses señalados en el considerando vigésimo de este fallo.
- II.- Que se omite pronunciamiento respecto de las acciones subsidiarias de indemnización de perjuicios autónoma y de resolución de contrato con indemnización de perjuicios.

III.- Que cada parte soportará sus costas.

Registrese, notifiquese y, en su oportunidad, archívese.

Dictada por Fernando Alvarado Peña, Juez titular.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. en Los Andes, treinta y uno de Agosto de dos mil veinte.

