

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia
JUZGADO : 8º Juzgado Civil de Santiago
CAUSA ROL : C-32163-2017
CARATULADO : TRONCOSO/ZURICH SANTANDER SEGUROS
DE VIDA CHILE S.A.

Santiago, veintiuno de Noviembre de dos mil dieciocho .-

VISTOS:

Al folio 1, comparece don Osvaldo Contreras Buzeta, abogado, en representación de don Mario León Troncoso Otero, ingeniero civil, domiciliado en Arturo Claro N° 407, comuna de Providencia, Santiago, quien interpone demanda en juicio ordinario para cumplimiento de contrato, con indemnización de perjuicios, en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., sociedad del giro de su denominación, representada por don Herbert Gad Philipp Rodríguez, cuya profesión u oficio ignora, ambos domiciliados en Bombero Ossa N° 1068, piso 4, comuna y ciudad de Santiago.

Fundando su demanda, indica que su representado, don Mario Troncoso Otero, se incorporó a un seguro colectivo, denominado póliza de seguro de desgravamen simple, el cual fue suscrito con Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., demandada de autos, cuya vigencia comprendía desde el 29 de diciembre de 2015 hasta el 5 de enero de 2021, según da cuenta la póliza N° 487.

Expone que, en el contrato de seguro referido, se estipuló la vigencia anual de éste y su renovación automática, asimismo se estableció el pago de una única prima con cargo al crédito que don Mario Troncoso mantiene con el Banco Santander, equivalente a UF 34,4782.

Respecto de la cobertura del contrato, narra que, según se especifica en las condiciones particulares de la póliza y en atención al siniestro, que más adelante especificará, ésta se rige por lo contemplado en las condiciones generales de la Cobertura por Invalidez Permanente 2/3 (CAD 2 2013 0151), cuyo articulado está registrado en el depósito de pólizas, que para dichos efectos lleva la Superintendencia de Valores y Seguros, el cual forma parte integrante de la póliza referida.

Según esta cobertura, prosigue, la aseguradora se obligó a cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que el asegurado mantuviera con el Banco Santander, quien es beneficiario de la póliza, a la fecha de la declaración de



invalidez 2/3 del asegurado, suponiendo un servicio regular de la deuda, siempre que: (i) la cobertura principal del asegurado esté vigente; (ii) la invalidez permanente 2/3 se produzca antes de que el asegurado cumpla los 60 años de edad, salvo que se establezcan otras condiciones en la póliza; (iii) dicha invalidez sea causada por una enfermedad originada o accidente ocurrido durante la vigencia de esta cláusula, esto es dentro del período de cobertura señalado por la póliza, puesto que la cláusula adicional es parte de ella; (iv) la patología alegada como invalidante no sea de aquellas excluidas de cobertura en las condiciones generales de la póliza, o en el artículo 3° de la cláusula adicional; y, (v) haya transcurrido el período de carencia para la cobertura, definido en las condiciones particulares de la póliza, el cual no está contemplado por la misma.

Refiriéndose al crédito de consumo, que su representado contrató con el Banco Santander, señaló que, simultáneamente a la suscripción del contrato de seguro, contrató un crédito de consumo con el Banco Santander, cuyo saldo insoluto de la deuda vigente sería cubierto en el caso de que se decretara la invalidez 2/3, que actualmente aqueja a su representado.

Dicho crédito, según expresó, ascendía, al 29 de diciembre de 2015, a la suma de \$23.230.000, pagaderos en 60 cuotas, cuyo último vencimiento sería el día 5 de enero de 2021.

Expuso que la póliza de autos corresponde a un seguro de personas, en conformidad a los artículos 588 y siguientes del Código de Comercio, y cuya cobertura, por riesgo de invalidez permanente, es en favor del actor.

Respecto del valor asegurado, o capital asegurado, indicó que éste corresponde al saldo insoluto de la deuda vigente que mantiene el actor con el Banco Santander, según el crédito de consumo, por un valor de \$23.230.000, a la fecha del fallecimiento o la declaración de invalidez permanente.

En cuanto al siniestro que afectó a su representado, relató que, con fecha 21 de agosto de 2015, don Mario Troncoso acudió a la Clínica Alemana a atenderse con el traumatólogo, don David Figueroa, debido a un intenso dolor que padecía en su rodilla y pierna derecha, producto de haber sido víctima de un atropello de un vehículo en junio del mismo año; precisa que su representado acudió donde el traumatólogo don David Figueroa porque ya se había atendido previamente en la Clínica Santa María, lugar donde, luego de una intervención en la cual se le insertaron placas y pernos, para contener la fractura y herida producida, se le informó que estaba evolucionando favorablemente.

En su visita a la Clínica Alemana, el médico, don David Figueroa, requirió efectuar exámenes físicos, por el dolor que padecía, con lo que se



evidenció que la cirugía practicada en la Clínica Santa María no había sido exitosa, puesto que la herida en la zona afectada no estaba cicatrizando bien, por ello, se programó un aseo quirúrgico para el día 25 de agosto de 2015, el cual se llevó a cabo sin contratiempos.

Posteriormente, explica, y luego de la intervención, su representado permaneció tres días en la Clínica Alemana, recibiendo el alta médica, con reposo absoluto y controles post-operatorios, que el señor Troncoso cumplió cabalmente, con una evolución satisfactoria; sin embargo, el día 31 de marzo de 2016, su representado asistió a un control con tomografía axial computarizada, examen en el que se constató la presencia de una pseudoartrosis de platillo externo, con falta de stock óseo, patología que fue ingresada a la ficha clínica de su representado ese mismo día.

Afirma que debido a lo anterior, y desde dicha época, la salud física de su representado se mermó paulatinamente, encontrándose imposibilitado de caminar normalmente, por lo que requería bastones ortopédicos, y debido al dolor que experimentaba ni siquiera podía mover las piernas por su cuenta; por ello, y atendida la magnitud del dolor de su representado, éste no tuvo otra opción que comenzar a tramitar su invalidez, para los fines de la cotizaciones laborales pertinentes

. Así, con fecha 1 de junio de 2017, obtuvo el Dictamen de invalidez, decretado por la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones, documento que certificaba que la comisión acordó aceptar la invalidez definitiva total del señor Troncoso, a contar del día 17 de abril de 2017, por establecerse un menoscabo de la capacidad de trabajo de su representado en un 83.0, cifra que, para efectos de decretarse la condición médica, equivale o supera la 2/3 de incapacidad o invalidez total.

En virtud del Dictamen de la Superintendencia, señaló, su representado realizó la denuncia del respectivo siniestro a la aseguradora, quien le asignó el N° 141428 y, acto seguido, procedió a liquidar directamente el siniestro.

Hace presente que la liquidación directa de un siniestro, es aquella que la propia compañía de seguros efectúa, sin encomendar la realización a un liquidador independiente; éstos son quienes tienen designación y licencia otorgada por la Superintendencia de Valores y Seguros, luego de acreditar, ante ella, estar en posesión de todos los requisitos contemplados por la ley.

En cambio, la liquidación directa de un siniestro es efectuada por un funcionario de la misma compañía de seguros, que no es independiente ni profesional y carece de regulación y control.



Luego de aportados los antecedentes –Dictamen de Invalidez e informe médico del traumatólogo tratante, don David Figueroa- a la aseguradora, ésta, con fecha 10 de agosto de 2017, por medio de carta de don Gonzalo Fernández, subgerente de la demandada, le remitió el informe de liquidación que rechazaba otorgar cobertura a la póliza colectiva que aseguraba a su representado la exoneración del saldo insoluto del crédito de consumo.

Refiere que en el informe de liquidación se argumentó, para fundamentar el rechazo de la cobertura del siniestro, que su representado no habría dado cumplimiento a las disposiciones de los artículos 3 y 4 del Condicionado General (CAD 2 2013 0151), toda vez que el actor habría informado a la compañía, en el documento titulado Declaración Personal de Salud, que no padecía ninguna enfermedad o accidente preexistente al momento de suscribir la póliza.

Para ello, relata, la aseguradora se fundó en los antecedentes acompañados para la evaluación de cobertura, y en particular en el informe médico de don David Figueroa, de 28 de julio de 2017, en el cual se habría constatado, según el informe de liquidación, que el señor Troncoso “fue diagnosticado de pseudoartrosis platillo externo rodilla derecha el 21 de agosto del año 2015”, y que, atendido que su representado se incorporó al seguro con fecha 29 de diciembre de 2015, se omitió por éste la presentación del diagnóstico que lo afectaba, por lo que la compañía aseguradora quedaba exonerada de su obligación de pagar la indemnización por haberse omitido la declaración de la patología.

Estima necesario hacer presente dos observaciones en torno al informe de la aseguradora, en primer lugar, la causa del rechazo de la cobertura al siniestro por la compañía se debió de forma exclusiva al hecho de que su representado no habría declarado, en forma previa a la incorporación del seguro contratado, la supuesta patología de pseudoartrosis que habría padecido en aquella época, situación o enfermedad preexistente, constitutiva de una causal de exclusión de cobertura de la póliza suscrita; y, en segundo término, el informe médico del traumatólogo, de 28 de julio de 2017, nunca señaló que la pseudoartrosis de su representado se diagnosticó con fecha 21 de agosto de 2015, por lo que la interpretación de la aseguradora, además de arbitraria y antojadiza, sólo consta en el informe de liquidación emitido por ella misma.

Relata que, con fecha 16 de agosto de 2017, de conformidad a lo establecido por el artículo 26 del Decreto Supremo N° 1055 de 2012, mediante carta destinada al efecto, su representado impugnó el informe de liquidación practicado por la aseguradora, enviado el 10 de agosto de 2017, en los siguientes términos:



- (i) Que, el informe de liquidación refiere que el médico tratante diagnosticó la pseudoartrosis el día 21 de agosto de 2015, por lo que existiría una preexistencia no declarada;
- (ii) Que, el informe del médico tratante indica que ‘a causa de’ la falta de consolidación ósea derivada de la fractura, se presentó una irregularidad articular o pseudoartrosis;
- (iii) Que, la explicación del médico tratante indica que la pseudoartrosis es una enfermedad crónica que se deriva de un proceso de fractura que tuvo problemas para consolidar, y por dicha razón se declara la patología;
- (iv) Que, a mayor abundamiento, la pseudoartrosis no se presenta en forma inmediata, sino que después de un año y medio de tratamiento de la fractura no consolidada;
- (v) Que, la patología le impide caminar sin ayuda de bastones ortopédicos, debido al dolor invalidante para caminar, lo que impide desempeñar su labor de constructor civil;
- (vi) Que, por lo indicado, se contrató el crédito, para poder pagar los gastos de las operaciones y tratamientos derivados de una fractura, producida por delincuentes en un portonazo.

Así, prosigue, su representado solicitó la reconsideración de las conclusiones del informe de liquidación y, por tanto, que la aseguradora revirtiera su decisión del rechazo de cobertura, y accediera a cubrir el saldo insoluto de la deuda que mantiene su representado con el Banco Santander.

Refiriéndose a la determinación final de la compañía de seguros, indicó que, luego de que su representado impugnara la decisión contenida en el informe de liquidación, de conformidad a lo señalado, algunos funcionarios de la aseguradora, demandada de autos, lo contactaron para que aclarara si la patología fue diagnosticada con anterioridad o con posterioridad a la contratación de la póliza de desgravamen, a efectos de determinar la calidad de preexistencia de la condición, atendido que fue el único argumento para rechazar la cobertura del siniestro.

De esta manera, continúa, la aseguradora requirió un nuevo informe del médico tratante, quien, con fecha 19 de octubre de 2017, emitió e indicó, en éste, que el diagnóstico de pseudoartrosis se efectuó el 31 de marzo de 2016, esto es, luego de más de tres meses de que entrara en vigencia la póliza de seguro de desgravamen que su representado suscribió.



Luego reproduce una parte del último informe emitido por el médico tratante.

Considera que en el informe médico, el médico, don David Figueroa, se encargó de precisar que el día 31 de marzo de 2016 se le diagnosticó a su representado la patología de pseudoartrosis, a fin de aclarar que ésta correspondía a una enfermedad que se reveló una vez que la póliza de seguro ya había empezado a operar; sin embargo, pese al contenido aclaratorio del informe del médico tratante, Zurich Santander no reconsideró su postura y reafirmó su rechazo a la cobertura del siniestro, enviando para tal efecto un correo electrónico y una carta al asegurado, con fecha 26 de octubre de 2017, comunicando la inaudita decisión.

Como consecuencia de lo ocurrido, y luego de haber agotado los trámites administrativos y extrajudiciales previos, para que de buena fe la compañía procediera a dar efectiva cobertura al siniestro, su representado se ha visto compelido a interponer esta demanda, para que se ordene el cumplimiento de la obligación por la aseguradora y cubra el saldo insoluto de la deuda vigente, a contar de la fecha en que su representado obtuvo la declaración de invalidez permanente, con fecha 1 de junio de 2017, más la indemnización de perjuicios, consistente en el reembolso de todas las cuotas que el actor haya pagado por concepto del crédito de consumo que contrató con el Banco Santander, desde la respectiva declaración de invalidez, hasta que la sentencia que se dicte en autos se encuentre firme y ejecutoriada, con costas.

Posteriormente refiere extensamente argumentos legales y doctrinales en apoyo a su punto, e indica qué legislación estima aplicable al caso de marras.

Por todo lo referido, y previa invocación de normas legales, solicita que se condene a la demandada a cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que el asegurado mantiene con el Banco Santander, de acuerdo al crédito de consumo que contrató con éste a fines del año 2015, desde la fecha de la declaración de invalidez permanente en adelante, según el Dictamen de Invalidez, emitido con fecha 1 de junio de 2017 por la Superintendencia de Pensiones, la cual se encuentra ejecutoriada desde el día 4 de julio de 2017; y, que se le indemnicen los perjuicios a su representado, puesto que la demandada no dio cumplimiento en tiempo y forma al contrato de seguro que el actor suscribió con ella, mediante el reembolso de todas las cuotas que éste haya pagado por concepto del crédito de consumo contratado con el Banco Santander, monto que deberá considerar el período comprendido entre la fecha que se dictaminó su invalidez por la Superintendencia y aquella en la cual la sentencia se encuentre firme; todo lo anterior con expresa condena en costas.



Al folio 11, compareció don Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch, abogado, en representación de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., todos domiciliados en avenida Flor de Azucena N° 111, oficina 501, Las Condes, quien contestó la demanda de cumplimiento forzado de contrato e indemnización de perjuicios interpuesta por don Mario Troncoso Otero, solicitando que se rechace en todas sus partes, con expresa condenación en costas.

Fundando su contestación, señaló que el señor Mario Troncoso, representado por don Osvaldo Contreras, interpuso una demanda de cumplimiento forzado con indemnización de perjuicios en contra de su representada, toda vez que la aseguradora habría rechazado de manera obtusa el siniestro de invalidez permanente que afectó al demandante, y con ello no se pudo hacer efectivo el seguro de desgravamen por el crédito de consumo que el demandante contrató con el Banco Santander, según da cuenta la póliza N° 487, vigente entre el 29 de diciembre de 2015 y el 5 de enero de 2021.

Afirma que la demandante, para sostener su demanda, señaló que la liquidación del siniestro fue efectuada por un liquidador directo de la aseguradora; que el liquidador directo no es independiente; que el liquidador directo no es profesional; que el liquidador directo no tiene regulación ni control alguno; que no se presentaba una enfermedad previa a la contratación del seguro y su incorporación a la póliza; que sólo el 31 de marzo de 2016 se le diagnosticó la patología de pseudoatrosia y no antes de su incorporación al seguro; y que esta patología fue la única y exclusiva causa del rechazo del siniestro.

Continúa señalando que, como consecuencia de lo anterior, la demandante intentó la acción resolutoria tácita, solicitando el cumplimiento forzado del contrato y exigiendo indemnizar el siniestro denunciado; lo anterior, se traduce, según señaló la demandante, en la obligación de su representada de cubrir el saldo insoluto de la deuda vigente que mantiene con el Banco Santander a la fecha de su declaración de invalidez permanente, más el pago de la indemnización de perjuicios que la demandante determina en el reembolso de todas las cuotas que haya pagado por concepto del crédito de consumo, monto que se cuenta desde la fecha en que se le declaró la invalidez hasta que la sentencia definitiva esté firme y ejecutoriada.

Luego, expresamente señala que rechaza todas y cada una de las alegaciones y afirmaciones formuladas por la demandante, así como las pretensiones de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios, solicitando se rechace la demanda en todas sus partes, con expresa condena en costas.



Refiriéndose a la póliza de autos, hace presente que la póliza corresponde a un seguro de vida con las coberturas adicionales de desgravamen por fallecimiento y por invalidez 2/3, cuya cobertura está regida por las condiciones de la cláusula adicional, depositada en la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código CAD 2 2013 0151. +0-9*

Señala que, conforme la cláusula adicional, el capital asegurado, establecido en la póliza, sería pagado a la contratante de la póliza en calidad de beneficiaria de la misma, en caso de producirse la invalidez permanente 2/3 del asegurado.

En el caso de marras, relata que el contratante de este seguro colectivo es el Banco Santander, y consecuentemente el pago del seguro cubriendo el saldo insoluto del crédito sólo puede ser pagado al Banco, único beneficiario de autos, por lo que la demanda de autos no debe entenderse dirigida al pago del seguro a favor del demandante, sino que al pago del saldo insoluto del crédito directamente al Banco contratante y acreedor de la póliza, puesto que cualquier pago que se efectúe directamente al asegurado significaría un enriquecimiento ilícito, cuestión repudiada por el derecho común y, especialmente, por el derecho de seguros.

En cuanto a la improcedencia de la demanda de cumplimiento de contrato de seguro de la póliza colectiva de seguro de desgravamen N° 487, señala que es obligación de todo asegurado declarar sinceramente su condición de salud al asegurador al momento de contratar el seguro o incorporarse a una póliza colectiva; dicha declaración debe efectuarse al tenor de lo consultado por la aseguradora, sin perjuicio de la buena fe con la que debe cumplir su obligación el asegurado, puesto que es un principio que informa al contrato de seguro, en conformidad con las normas del Código de Comercio que reseña.

En virtud de lo anterior, expone, el asegurado está obligado a describir correctamente el riesgo que traspasa al asegurador, indicando aquellas situaciones o condiciones que lo hacen más riesgoso o incrementan la probabilidad de que se produzca un siniestro; esta obligación se justifica, puesto que, cumpliéndose ella, el asegurador estará en condiciones de determinar la prima técnicamente pertinente a la probabilidad real de siniestro del riesgo que le traspasa el asegurado.

En este sentido, indica que, una deficiente declaración del estado de salud del asegurado impide al asegurador fijar la prima adecuada al riesgo, provocando un desequilibrio en las prestaciones contractuales recíprocas de las partes. Continúa, e indica que, en este sentido, fue rechazado el siniestro, ya que el asegurado omitió declarar su real condición de salud al contratar el



seguro, siendo del todo evidente que padecía un trastorno que debía ser puesto en conocimiento del asegurador.

En efecto, prosigue, el día 28 de diciembre de 2015, don Mario Troncoso, firmó de puño y letra la solicitud de seguro de desgravamen, incluyendo el adicional de invalidez 2/3, con el objeto de cubrir el saldo insoluto de la deuda contraída con el Banco Santander, por \$23.230.000, pagadera en un plazo de 60 meses, teniendo como primer vencimiento el mes de enero de 2016, para el caso de que efectivamente fuese declarado invalido 2/3; sin embargo, tal como se indicó en la demanda, en junio del año 2015, el asegurado había sufrido un accidente de tránsito que le afectó la rodilla y pierna derecha, siendo operado en la Clínica Santa María.

Así, relata, a los dos meses del accidente, en agosto de 2015, debido al intenso dolor en la zona afectada de su pierna derecha, según indica la demanda, la actora concurrió a examinarse a la Clínica Alemana, donde el médico, don David Figueroa, le requirió unos exámenes físicos, dando evidencias de problemas en la cirugía practicada en la Clínica Santa María, lo que demostraría que el asegurado tenía consciencia de los problemas que le afectaban su pierna derecha; más aún, el médico tratante, en el informe médico emitido a la aseguradora, con fecha 28 de julio de 2017, señaló con absoluta claridad que desde el 21 de agosto de 2015 se le diagnosticó pseudoartritis en la rodilla derecha; asimismo, indicó que luego de la hospitalización del 25 de agosto de 2015, se le practicó un tratamiento médico a través de antibióticos; y, contrario a lo que señaló la actora, no es cierto que el informe de liquidación incluyera dichas fechas, sino que fueron entregadas por el propio médico tratante.

Aclara que, nada de lo anterior fue declarado por el asegurado, pese a que se le consultó acerca de padecimientos en su estado de salud; en cambio, no reveló ninguna enfermedad o condición de salud, aparentando frente a la aseguradora estar en un estado pleno de salud, sin inconvenientes ni aumentos de probabilidad de siniestralidad por invalidez, aunque la realidad era completamente distinta.

Estima que, dicha omisión, constituye un incumplimiento a las obligaciones legales y contractuales del asegurado, y dan cuenta que el asegurador actuó en plena consistencia con las condiciones y términos del seguro.

Por lo anterior, considera que es improcedente la demanda de cumplimiento forzado del contrato, toda vez que el asegurador cumplió con sus obligaciones, siendo el asegurado la parte incumplidora de las obligaciones del contrato de la póliza N° 487, quien, con la omisión de



información evidente y conocida por él, impidió al asegurador demandado evaluar correctamente el riesgo asegurado, provocando un desequilibrio en las prestaciones de las partes.

Dicha conducta del asegurado, afirma, infringe el artículo 6 de las Condiciones Generales del seguro, POL 2 2013 0095, a la que accede la cláusula adicional de invalidez 2/3, que expresamente impone al asegurado el deber de declarar todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; una omisión en tal sentido, señala, es sancionada, por el artículo 525 del Código de Comercio, exonerando al asegurador al pago del siniestro, por referirse dicha omisión a un riesgo esencial que debió haber sido de conocimiento del asegurador al manifestar su voluntad de celebrar el contrato.

Refiriéndose al proceso de liquidación de siniestro, expresa que la demandante cuestiona o pone en duda la liquidación directa efectuada por el asegurador, como si fuese una conducta abusiva o improcedente, sin embargo, dicha apreciación es incorrecta y no se corresponde con la ley.

Al respecto, agrega que, en virtud de la ley, la liquidación puede practicarse directamente por la compañía, y que, independiente de si se efectúa de forma directa o externa, si tiene una regulación y reglas a las cuales debe someterse, no siendo efectivo que no existe control ni regulación que se le aplique, por lo que, malamente, puede imputarse a su representada un incumplimiento en este sentido, toda vez que el contrato se cumplió conforme a sus términos y condiciones, como también, la ley ha sido respetada por la aseguradora y el procedimiento de liquidación de pérdida se efectuó conforme a las modalidades contempladas por la ley.

En cuanto a la indemnización de perjuicios que se reclama, la demandante solicita el pago de una indemnización, cuya naturaleza y monto no se encuentra determinada, pero que hace consistir en el pago o reembolso de todas las cuotas que el demandante haya pagado por concepto del crédito de consumo contratado con el Banco Santander, por el período comprendido entre la fecha en que se dictaminó la invalidez y aquella de la sentencia firme y ejecutoriada de autos.

Al respecto, señala que, rechaza la demanda de perjuicios, toda vez que no existe un incumplimiento imputable a esta parte que sea causa de tales perjuicios, así, estima que, en la especie, no concurre la relación de causalidad entre el rechazo de la cobertura y los supuestos perjuicios reclamados por la contraria.

Por otra parte, expresa que, la demandante reclama como perjuicio, los que sin calificar ni describir, avalúa en una suma igual a la reclamada por



concepto de cumplimiento forzado de la obligación; esto es, las cuotas del crédito según el monto insoluto a la fecha de la determinación de la invalidez, esta suma —correspondiente al saldo insoluto—, es la misma que se reclama por concepto de indemnización, lo que configura una duplicidad de reclamos.

La referida duplicidad, estima, se constituye no sólo por el monto o la base de su cálculo, sino que también por el hecho de que el demandante al no señalar la calidad de los perjuicios que demanda, sólo cabe asimilarlo al cumplimiento del contrato por equivalencia, lo que se traduce en duplicar la reclamación, toda vez que al mismo tiempo que la contraria demanda el cumplimiento forzado, es decir, el pago de los saldos insolutos desde la fecha de la declaración de invalidez.

Finalmente, agrega que no existiendo incumplimiento de su representada, como tampoco una relación de causalidad entre el hecho que se le pretende imputar y el supuesto perjuicio, como tampoco una descripción del perjuicio, la demanda de indemnización de perjuicios debe ser rechazada; y previa invocación de normas legales, solicita se tenga por contestada y, en definitiva, se rechace en todas sus partes, con expresa condenación en costas.

Al folio 14, la demandante evacuó la réplica ratificando en todas sus partes la demanda de autos, tanto en sus fundamentos de hecho como de derecho y, asimismo, todas las peticiones efectuadas en su libelo.

Señala que se hará cargo de analizar y formular las observaciones respecto de las afirmaciones y defensas de la demanda.

En primer lugar, refiriéndose a la póliza de seguro y la solicitud de cumplimiento forzado, expresa que la contraria sostiene que la demanda de autos se dirige al pago del seguro en favor del Banco contratante y acreedor de la póliza, y no en favor del actor, cuestión que estima redundante, toda vez que es, precisamente, una de las peticiones concretas que se ha formulado, la que consiste en que se obligue a la demandada al cumplimiento forzado, esto es cubrir el siniestro por medio del pago del saldo insoluto de la deuda vigente que su representado mantiene con el Banco Santander, conforme los términos de la póliza, y en virtud del crédito de consumo que el señor Troncoso contrató con dicha entidad bancaria, extinguiéndose consecuentemente la deuda que en virtud de dicho crédito su representado mantiene con el Banco, y a fin de evitar repeticiones innecesarias, se remite a los fundamentos de su demanda.

Respecto de la improcedencia de la demanda de cumplimiento del contrato de seguro de la póliza colectiva de seguro de desgravamen N° 487, hace presente que la demandada alegó que su representado no habría cumplido



con su obligación de declarar sinceramente su condición de salud al asegurador al suscribir el seguro; esto, afirma, se encuentra muy alejado de la realidad. Estima que su representado cumplió fielmente con dicha obligación, declarando, de manera exacta y precisa, cuál era su estado de salud al momento de la contratación, atendido que su representado no experimentaba ni estaba diagnosticado de la patología pseudoartrosis, de la cual se vale la demandada al rechazo del siniestro.

Así, expone que la demandada sostiene que el médico, don David Figueroa, con 'absoluta claridad' habría señalado que, con fecha 21 de agosto de 2015, a su representado se le diagnosticó una pseudoartritis en su rodilla derecha; cuestión que no es cierta. En efecto, señala que, a la aseguradora si le quedaron dudas acerca de si la patología aludida fue diagnosticada anterior o posteriormente a la contratación de la póliza, a fin si correspondía categorizarla como una enfermedad preexistente; el cual, recuerda, fue el único argumento de la demandada para rechazar la cobertura del siniestro; debido a estas dudas, señala, la demandada requirió un nuevo informe al señor Figueroa, quien corroboró, con fecha 19 de octubre de 2017, que el diagnóstico de pseudorartoris del señor Troncoso sólo pudo constatarse el día 31 de marzo de 2016, es decir, tres meses después de contratada la póliza, por lo que sería procedente acoger la acción intentada en autos.

Hace presente que la demandada no se pronunció sobre los hechos señalados precedentemente, lo que responde, estima, a que los antecedentes aportados por su representada a la aseguradora tenían mérito suficiente para acoger la impugnación del informe de liquidación.

Refiriéndose a la indemnización de perjuicios solicita, señala que la demandada alega que sería improcedente, toda vez que:

- (i) No existiría incumplimiento imputable a su parte que haya originado los perjuicios, puesto que no existe relación de causalidad entre los supuestos perjuicios y el rechazo de la cobertura.
- (ii) Que la suma solicitada sería idéntica a la reclamada por concepto forzado de la obligación, esto es, las cuotas del crédito según el monto insoluto a la fecha de la determinación de la invalidez, lo que no sería procedente legalmente, puesto que se exigiría el cumplimiento forzado y el cumplimiento por equivalencia del contrato.

Expone que, su parte, rechaza categóricamente los argumentos de la contraria, en atención a que, tal como se explicó en la demanda, está ejerciendo el derecho que jurídicamente le corresponde, en conformidad al



artículo 1489 del Código Civil, al demandar el cumplimiento forzado, como la indemnización de perjuicios, por no haberse dado cumplimiento en tiempo y forma al contrato de seguro.

Señala que, respecto de la causalidad, esta es evidente, toda vez que, de no haber mediado el rechazo de la cobertura del seguro, su representado no hubiese tenido que incurrir en el pago de las cuotas que ha pagado y deberá seguir pagando mientras se tramita este juicio. Dichos pagos, estima, representan en sí mismos un detrimento económico para su representado, puesto que correspondía a la demandada solventar dicho crédito, atendido el contrato de seguro; por lo que, resultaría del todo lógico, indemnizar el daño emergente, presente y futuro, reclamado en autos, cuestión que no atenta contra el principio indemnizatorio que impera en materia de seguros.

Estima correcto lo señalado por la demandada, puesto que, efectivamente el beneficiario de la póliza es el Banco Santander y, por lo tanto, lo que cubre es la extinción o liberación de la deuda en relación a dicho banco. Así, de haberse acogido la cobertura del siniestro, la aseguradora habría extinguido dicha obligación, al solventar la deuda directamente al Banco beneficiario.

Afirma, a modo de ejemplo, que desde la declaración de invalidez permanente de su representado, de 1 de junio 2017, y hasta la presentación de la demanda, el mes de noviembre de 2017, su representado ha pagado más de dos millones de pesos, por concepto de cuotas del crédito de consumo.

De esta forma, considera lógico que lo pagado por su representado directamente al Banco, desde la declaración de invalidez permanente, y atendida la obligación insatisfecha por la aseguradora, deberá ser restituido por la demandada, como asimismo la aseguradora deberá cubrir el saldo insoluto del crédito.

Finalmente, concluye que, en la especie, concurre cabalmente el requisito de causalidad, puesto que, de haber cumplido la aseguradora su obligación, su mandante no habría experimentado perjuicio alguno.

Al folio 16, la demandada evacuó la réplica, en la cual reafirma todo lo expuesto en su contestación, solicitando el rechazo íntegro de la demanda interpuesta en autos y de los argumentos esgrimidos por la demandante en la réplica.

Refiere que, en la réplica, la demandante se limita a observar ciertos aspectos de su contestación, sin desvirtuar sus argumentos y evita referirse a las falencias de su libelo; profundiza al indicar que, el demandante omite completamente de su relato la circunstancia de la intervención quirúrgica de



junio de 2015 a la que se sometió el asegurado, en virtud de un atropello que sufrió. Estima que, debido a dicha operación, que se llevó a cabo en la Clínica Santa María, se desencadenaron los hechos que terminan en el diagnóstico de pseudoartrosis del señor Troncoso.

Explicita que, todo lo narrado en el párrafo precedente, ocurrió antes de que se contratara la póliza N° 487, por lo que resulta imperativo tener claridad sobre ello antes de imputar incumplimientos contractuales.

Insiste que, la demandante se refiere escuetamente a la operación que fue sometido en junio de 2015, sin entregar fecha exacta siquiera.

Indica que, toda fractura que es sometida a una cirugía, puede presentar, de forma esperable, complicaciones que comprenderían el diagnóstico del señor Troncoso.

En este caso, prosigue, el señor Figueroa, ante la amenaza de una eventual infección de la herida, sometió al actor a un aseo quirúrgico, en relación a la operación de junio de 2015; el propósito de lo anterior, para estos procedimientos, tiene directa relación con las consecuencias que puede traer las infecciones locales post-operatorias, esto es, afectar la correcta cicatrización del hueso o consolidaciones.

Lo precedente, según considera, tiene relevancia debido a que fue en virtud de estas intervenciones que se generaron las complicaciones que concluyeron en una pseudoartrosis en su pierna derecha.

Estima que entre seis u ocho semanas aproximadamente es un plazo razonable, después de una fractura y su respectiva intervención quirúrgica, para poder determinar un retardo de consolidación ósea, por lo que, lo señalado por el informe médico, de 28 de julio de 2017, hace toda razón y relación con la fecha, 25 de agosto de 2015, y con su diagnóstico claro y tajante, pseudoartrosis platillo externo rodilla derecha.

Hace presente que las declaraciones que hacen los asegurados al momento de contratar un seguro, puesto que, es a partir de la declaración personal de salud que las aseguradoras toman conocimiento de los riesgos que va a asumir y, así, poder determinar la prima técnicamente pertinente a la probabilidad real de siniestro que le traspasa el asegurado.

Reitera que, la conducta del asegurado, consistente en la omisión de información evidente y conocida por él sobre el estado de su pierna derecha, infringe el artículo 6 de las Condiciones Generales del Seguro, POL 2 2013 0095, a la que accede la cláusula adicional de invalidez 2/3, que expresamente impone al asegurado el deber de declarar sinceramente todas las circunstancias



que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.

Remarca que, la contraria omite pronunciarse sobre su obligación de declarar sin reticencias acerca de su estado de salud, lo que impacta y es relevante a la hora de la suscripción del contrato de seguro.

En cuanto al proceso de liquidación directa del siniestro, expresa que, la contraria no observó sus sólidos argumentos respecto de éste. Al respecto, se remite a lo señalado en su contestación, por razones de economía procesal, bastando hacer presente que, tanto el DLF 251, como el DS de Hacienda N° 1055, son lo suficientemente claros al establecer el proceso de liquidación; por lo que, no podría imputarse a su representado el incumplimiento en este sentido, puesto que dio cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en el contrato, y también las establecidas por la ley.

Al referirse a falta de concurrencia de los requisitos de procedencia de la cobertura de la póliza, indica que el demandante no se pronuncia sobre esto, porque las cláusulas de la póliza son claras y, considera, que no existe duda alguna que la enfermedad causante de la invalidez fue diagnosticada y conocida por el asegurado con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza contratada con su representado, lo que haría improcedente el otorgamiento de la cobertura, toda vez que es uno de los requisitos del riesgo asegurado.

En cuanto al cumplimiento de las obligaciones por parte de la aseguradora, y en particular respecto de la obligación de indemnizar, expresó que las calificaciones efectuadas por la contraria, respecto del rechazo formulado por su representado, son injustas e infundadas. Y, estima que, realmente fue el asegurado quien incumplió con su obligación de declarar que padecía un trastorno.

Señala que, en virtud del artículo 529 del Código de Comercio, el asegurador, junto con la entrega de la póliza, debe indemnizar el siniestro cubierto por ella; luego, da cuenta de los requisitos que deben concurrir para que exista la obligación indemnizatoria, a saber: la existencia del contrato válido de seguro, el cumplimiento de las obligaciones legales y contractuales del asegurado, que concurra un siniestro incluido dentro de los riesgos cubiertos por la póliza, que no sea aplicable alguna causal de exclusión convenida y que la ocurrencia del siniestro se produzca durante la vigencia del contrato; requisitos que no concurrirían respecto del siniestro de marras.

Reitera que, el asegurado está obligado a describir correctamente el riesgo que traspasa al asegurador, indicando aquellas situaciones o condiciones que lo hacen más riesgoso o incrementan la probabilidad de que



se produzca un siniestro, obligación que, explícita, el demandante no cumplió, toda vez que no declaró su real estado de salud, por lo que, a su representada, no le asiste obligación indemnizatoria alguna.

Así, afirma, no han sido incumplimientos de su representada la que motivaron el rechazo de la indemnización del siniestro, sino que la inobservancia e infracción del asegurado de sus propias obligaciones y cargas contractuales y legales que rigen los contratos de seguro.

Finalmente, a modo de conclusión, señala que se han cumplido todas las obligaciones y exigencias legales y contractuales que recaen en su representada, tanto en virtud de las normas especiales que lo regulan, como las contenidas en la póliza; y solicita, en virtud de lo expuesto, que sea rechazada la demanda en todas sus partes, con costas.

Al folio 20, consta el certificado de haberse efectuado el llamado al comparendo de conciliación, audiencia a la cual no asistieron las partes, por lo que se tuvo por evacuado en rebeldía.

Al folio 23, se recibió la causa a prueba, resolución que fue modificada al folio 31.

Al folio 56, se citó a las partes a oír sentencia.

CONSIDERANDO:

I. EN CUANTO A LAS TACHAS:

PRIMERO: Que, la demandada, tachó a ambos testigos de la demandante en virtud de lo dispuesto por el artículo 358 N° 7 del Código de Procedimiento Civil, esto es la íntima amistad con las personas que los presenta, atendido que conocen al demandado, y a su señora, como, asimismo, están enterados de su estado de salud y de las circunstancias del accidente; en el caso de la primera testigo, lo llamó en diversas oportunidades para enterarse de su estado de salud y recibió llamadas del actor para saludarla por su cumpleaños; y, en el caso del segundo testigo, éste fue compañero de la universidad y habría prestado servicios profesionales de forma no remunerada. Lo anterior, indicó, haría inverosímil la ausencia de íntima amistad.

La demandante evacuó su traslado, solicitando se rechacen las tachas deducidas, atendido que de los dichos de los testigos no se desprende una íntima amistad, la que deberá ser calificada en atención a las circunstancias por este Tribunal.

SEGUNDO: Que, de la deposición de los testigos tachados, esta sentenciadora no aprecia la íntima amistad esgrimida por la demandada, por



cuanto los testigos se refirieron a aspectos de la vida social que no se vinculan de forma necesaria con una relación de estrecha amistad, como tampoco aparecen antecedentes precisos que permitan concluir que ella existe; por el contrario, se limitaron a reconocer las interacciones entre ellos y el actor, describieron la periodicidad de ellas; y, en el caso de la primera testigo, sólo se limitó a responder las llamadas del actor para su cumpleaños, cuestión que no denota un vínculo cercano, transcurriendo un año entre las llamadas referidas en su declaración; y, en cuanto al segundo testigo, éste indicó que no cobra por cada respuesta que otorga, que lo conoce de largo tiempo en forma profesional y que, en dicho contexto, su relación se limita al ámbito profesional, proporcionando ayuda en algunos requerimientos en forma de consultas, cuestión por la que no cobra, en atención a la reciprocidad profesional que opera sobre este tipo de requerimientos.

Por las consideraciones expuestas en este apartado, se rechazan ambas tachas deducidas, en audiencia testimonial de 13 de septiembre de 2018, por cuanto los antecedentes esgrimidos no permiten concluir la existencia de una íntima amistad.

II. EN CUANTO AL FONDO:

TERCERO: Que, comparece don Osvaldo Contreras Buzeta, en representación de don Mario León Troncoso Otero, quien interpone demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato e indemnización de perjuicios, en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., representada por su gerente general, don Herbert Gad Philipp Rodríguez, solicitando que se acoja a tramitación, y que, en definitiva, se condene a la demandada a hacer efectiva la cobertura de la póliza N° 487 y, en consecuencia, se le ordene el pago del saldo insoluto de la deuda vigente que mantiene el actor con el Banco Santander, a la fecha de la declaración de invalidez, y, asimismo y como indemnización de perjuicios al reembolso de todos los pagos efectuados por el actor al Banco beneficiario, monto que deberá considerar el período entre la fecha que se determinó su invalidez y la sentencia que se dicte quede firme y ejecutoriada, todo con expresa condena en costas.

Basa su demanda en los hechos y fundamentos de derecho ya reseñados en la parte expositiva de esta sentencia, con motivo del incumplimiento de la demandada de la póliza N°487, vigente desde el 29 de Diciembre del 2015 a Enero del 2021.

CUARTO: Que contestando la demanda, compareció don Nicolás Canales Pastuszyk Von Poetsch, en representación de Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., quien solicita que se rechace en todas sus partes,



atendido que la contraria habría incumplido sus obligaciones, al no declarar como preexistencia la pseudo artrosis que lo afectaba, cuestión que la eximiría de dar cobertura a la póliza de seguro, con expresa condenación en costas.

Basa su contestación en los hechos y fundamentos de derecho ya reseñados en la parte expositiva de esta sentencia.

QUINTO: Que la demandante, para acreditar los asertos vertidos en su demanda, acompañó prueba documental, no objetada de contrario, y testimonial, la que se individualiza a continuación:

DOCUMENTAL:

1.- Documento denominado ‘Certificado de cobertura de seguro de Desgravamen e Invalidez Permanente 2/3 para créditos de consumo tradicional’, con su respectiva carátula y anexos, emitida por Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., que contiene, entre otras, información sobre la Póliza Colectiva de Seguros N° 487, tales como su cobertura, valor prima y exclusiones de cobertura; esta última tales como suicidio, automutilación, pena de muerte, actos terroristas, preexistencia y otros, asimismo, consigna que su vigencia es desde el día 29 de diciembre de 2015 hasta el día 5 de enero de 2021.

2.- Copia de Dictamen de Invalidez 2/3 de don Mario Troncoso Otero, emitido por la Superintendencia de Pensiones Comisión Médica de la Región Santiago Centro, de 1 de junio de 2017. En ésta se declara la invalidez definitiva total de don Mario Troncoso, a contar del día 17 de abril de 2017.

3.- Informe de liquidación de siniestro N° 141428, de fecha 10 de agosto de 2017, respecto del asegurado, don Mario Troncoso, correspondiente a la Póliza N° 487, por medio del cual se comunica el rechazo de la cobertura del seguro y los fundamentos de ello.

4.- Carta de apelación a la resolución de pago de cobertura del seguro, de 16 de agosto de 2017, por medio de la cual, don Mario Troncoso, solicita se reconsidere el rechazo de cobertura del siniestro N° 141428, respecto de la póliza N° 487.

5.- Carta de 26 de octubre de 2017 por la que se da respuesta a la impugnación del reclamo de 16 de agosto de 2017, respecto del rechazo de cobertura del siniestro N° 141428, en virtud de la cual Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., comunica que rechaza la reconsideración solicitada, atendido que concurría una preexistencia en el asegurado.

6.- Documento denominado Cartola Operación Crédito, a nombre de don Mario Troncoso, emitida por Banco Santander Santiago con fecha 10 de



noviembre de 2017, en la que consta el detalle de las cuotas del crédito de consumo.

7.- Informe Médico Tratante, a nombre del paciente don Mario Troncoso, de 28 de julio de 2017, suscrito por el traumatólogo, don David Figueroa, en virtud del cual se le diagnosticó ‘pseudoartrosis platillo externo rodilla derecha’.

8.- Informe médico, suscrito por don David Figueroa, respecto del paciente don Mario Troncoso, de fecha 19 de octubre de 2017, por el diagnóstico de pseudoartrosis platillo tibial externo rodilla derecha, desde el 31 de marzo de 2016; herida infectada rodilla derecha y fractura platillo tibial externo rodilla derecha; en éste se relata la historia clínica del paciente.

9.- Certificado médico de 7 de noviembre de 2016, respecto del paciente don Mario Troncoso, suscrito por don David Figueroa, el que detalla los procedimientos a los que fue sometido el paciente y el progreso luego de ellos.

10.- Recetas médicas de don David Figueroa, a nombre del paciente don Mario Troncoso, cuyas menciones no son legibles plenamente.

11.- Documento publicado en Rev. Esp. Med. Quir., Volumen 17, N° 1, 2012, que contiene el trabajo titulado ‘Incidencia de pseudoartrosis en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza del ISSSTE’.

12.- Documento denominado ‘Seguro Colectivo de Desgravamen’, incorporado al depósito de Pólizas, bajo el código POL 220130095, que contiene las reglas aplicables al contrato de seguro.

13.- Documento denominado ‘Cláusula de pago anticipado del capital asegurado, en caso de invalidez permanente dos tercios, adicional a seguro colectivo de desgravamen, Código POL 2201300095’, que modifica las condiciones generales de la póliza.

14.- Contrato de crédito de consumo, y sus respectivos anexos, de 28 de diciembre de 2015, suscrito entre Banco Santander y don Mario Troncoso Otero, el cual consigna, entre otras cosas, que el cliente recibió la suma de \$21.595.631, pagaderas en 60 cuotas mensuales.

15.- Captura de pantalla que da cuenta que don Mario Troncoso ingresó el requerimiento N° 22991491 de solicitud de certificados al Banco Santander.

16.- Documento denominado Cartola Operación Crédito, a nombre de don Mario Troncoso, emitida por Banco Santander Santiago con fecha 28 de agosto de 2018, en la que consta el detalle de las cuotas del crédito de



consumo, sus respectivos vencimientos y los pagos respectivos, hasta la cuota N° 31.

17.- Informe médico de 31 de octubre de 2015, en el que se da cuenta de los resultados del examen realizado al paciente, don Mario Troncoso, a causa de una fractura de platillos tibiales, suscrito por don Enrique Bosch, Clínica Alemana.

18.- Informe médico de 30 de marzo de 2016, en el que se da cuenta de los resultados del examen realizado al paciente, don Mario Troncoso, a causa de una fractura de platillos tibiales, suscrito por don Juan Proaño, Clínica Alemana.

19.- Informe médico de 26 de julio de 2016, en el que se da cuenta de los resultados del examen realizado al paciente, don Mario Troncoso, a causa de una fractura de platillos tibiales, suscrito por don Juan Proaño, donde consigna que ‘la posibilidad de pseudoartrosis se considera’.

20.- Informe médico de 27 de febrero de 2017, en el que se da cuenta de los resultados del examen realizado al paciente, don Mario Troncoso, a causa de una fractura de platillos tibiales, suscrito por don Victor Linares, radiólogo, donde consigna que corresponde a un ‘control de fractura de plataforma tibial de rodilla derecha con signos de no unión con elementos de oseosíntesis in situ’.

21.- Copia de intercambio de comunicaciones, de 16 de agosto de 2017, entre don Mario Troncoso y doña Natalia Guzmán, Coordinador Unidad Seguros de Santander, que da cuenta de la impugnación de la liquidación del siniestro, por parte del demandante.

22.- Copia de intercambio de comunicaciones, de 31 de agosto de 2017, entre don Mario Troncoso y doña Natalia Guzmán, Coordinador Unidad Seguros de Santander, que da cuenta del rechazo de la impugnación de la liquidación del siniestro.

23.- Copia de correo electrónico, de 26 de octubre de 2017, por el cual doña Natalia Guzmán, Coordinador Unidad Seguros de Santander, da cuenta del rechazo de la impugnación de la liquidación del siniestro y remite nueva carta con los fundamentos.

Se hace presente que los documentos signados con los números 8, 17, 18, 19 y 20, que consisten en informes médicos de distintos profesionales, resulta ser efectivo que quienes lo suscribieron no comparecieron a estrados a ratificarlos, por lo que no se le podrá de esta forma otorgarle valor probatorio alguno; respecto de los signados con los números 21, 22 y 23, ellos sólo pasan



por una apreciación valórica, que esta Juez le otorgará en esta sentencia, como quedará plasmado.

TESTIMONIAL:

Comparecen a estrados doña Josefa Martínez Galleguillos y don Lorenzo Martínez Vicente, quienes, legalmente juramentados y sin tachas, depusieron a los puntos de prueba N° 3 y N° 5, esto es, respectivamente, hechos y circunstancias del siniestro alegado por la demandante, accidente sufrido por aquél, evolución médica y física y diagnósticos posteriores; y, fecha en que se efectuó el diagnóstico a la parte demandante de la condición médica de Pseudoartrosis Platillo Externo Rodilla Derecha.

El testigo número 1, indicó que en junio de 2015, don Mario contactó a su padre para consultarle sobre unos planos, puesto que ambos son ingenieros y estudiaron juntos en la Universidad; ambos acudieron a la casa de don Mario, donde conoció a la señora Adriana, luego, durante el transcurso de la noche, ocurrió un altercado con unos delincuentes, quienes intentaron robar. En dicho altercado atropellaron a don Mario, por lo que llamaron a una ambulancia y, después, fueron a dejarlos a su casa. Posteriormente no supo más de don Mario, hasta un mes más, porque le preguntó a su padre como seguía, quien le contó que a raíz del atropello resultó con una fractura en la rodilla y que habían tenido que colocarle pernos y placas, así, a raíz de lo anterior, se preocupó y llamó al actor, quien le señaló que estaba con harto dolor y con kinesioterapia para la recuperación; luego no supo nada de él hasta un mes, cuando decidió llamarlo nuevamente y el demandante volvió a repetirle que sentía harto dolor, a lo que sugirió que visitara un médico.

Luego, no sabe cuánto tiempo después, le preguntó a su padre cómo se encontraba don Mario, quien le contó que tuvieron que llevarlo a otra Clínica, porque seguía con dolor, donde le hicieron un aseo quirúrgico; posteriormente no mantuvo más contacto con él, hasta que la llamó para su cumpleaños del año 2016, en dicha oportunidad, luego de preguntarle por el estado de su rodilla, se enteró que, a fines del mes de marzo de 2016, le diagnosticaron pseudoartrosis, finalizando la comunicación entre ellos hasta el año siguiente, cuando el actor la llamó para su cumpleaños de 2017, en esta oportunidad, don Mario, le contó que en junio le habían declarado la invalidez y que quería cobrar un seguro, pero se lo habían denegado. Después de eso no supo más del demandante, hasta que él la llamó para pedirle que declarara en juicio, todo telefónicamente.

Repreguntada, indicó que la intervención quirúrgica, en la que se le colocaron placas y pernos a la rodilla del actor, fue en la Clínica Santa María y el médico tratante era de apellidos Yáñez.



Repreguntada, señaló que, atendido el dolor que experimentaba el demandante, lo llevaron a la Clínica Alemana.

Repreguntada, refirió que, el aseo quirúrgico en la zona afectada fue realizado por el médico de apellido Figueroa.

Repreguntada, expuso que, se imagina que el médico que le diagnosticó la pseudoartrosis fue el señor Figueroa, porque él siguió con el caso luego del aseo quirúrgico.

Repreguntada, afirmó que **la invalidez de don Mario Troncoso fue declarada, en junio de 2017** aproximadamente y que no sabe que institución la declaró.

Repreguntada, aclaró que, el hecho delictual y atropello, referido en su declaración, ocurrió en junio de 2015.

Repreguntada, indicó que, llamó al demandante, para saber de su salud, durante agosto de 2015.

Repreguntada, expuso que, su segunda llamada fue durante el año 2015, pero no recuerda qué mes.

Repreguntada no recordó cuanto tiempo transcurrió entre ambas llamadas, pero sostuvo que semanas.

Repreguntada, expuso que sabe los nombres de los médicos tratantes del actor, porque, éste se los comunicó.

Repreguntada, indicó que su cumpleaños el día 26 de agosto.

Contrainterrogada, refirió que, no sabe si la fecha que señaló respecto de la invalidez del demandante corresponde a la fecha de la resolución emitida por el servicio competente o si corresponde a la fecha a partir de la cual rige la invalidez para efectos de pensión.

Contrainterrogada, expresó que, no sabe cuáles son las causales por las que se declaró la invalidez del demandante, sólo sabe que lo declararon inválido.

El testigo número 2, señaló que ocurrió aproximadamente en junio de 2015 en un altercado con unos delincuentes, en éste, don Mario resultó atropellado y con una herida en la rodilla. Un par de meses después de eso, fue tratado por el médico Figueroa, de la Clínica Alemana, donde mejoró su tratamiento y, según entiende, a fines de marzo de 2016, el mismo profesional, le diagnosticó pseudoartrosis; recordó que, antes de dicha época nunca se habló de una pseudoartrosis.



Afirmó que le consta que fue en aquella época, porque habló con el actor, pero no recuerda si fue a fines de marzo o principios de abril; y, por lo que habló con don Mario nunca se habló de una artrosis, sino que sólo tenía el problema del tratamiento de la fractura y de la infección que había en la herida.

Repreguntado, señaló que luego del diagnóstico del señor Figueroa se le declaró su invalidez.

Repreguntado, aclaró que la invalidez se declaró el mes de junio de 2017.

Repreguntado, indicó que, cuando supo de la declaración de invalidez, el actor se lo comunicó a la compañía de seguros.

Contrainterrogado, expuso que, entiende que la invalidez fue declarada por la artrosis que se le diagnosticó al demandante.

Contrainterrogado, expresó que, no sabe el día exacto en que le declararon la invalidez y tampoco sabe qué institución fue.

SEXTO: Que, para efectos de desvirtuar la pretensión de la demandante, la demandada rindió únicamente prueba documental, al anexo del folio 42, no objetada por la contraria, que consistió en:

1.- Documento denominado “Condiciones Particulares. Póliza Colectiva de Seguro de Desgravamen e Invalidez Permanente 2/3 para Crédito de Consumo Tradicional”, y su respectivo anexo de procedimiento de liquidación de siniestros; ellos dan cuenta de las condiciones de contratación entre la aseguradora y Banco Santander Chile S.A., correspondiente a la Póliza N° 487, emitida el día 1 de diciembre de 2013; asimismo, establece que el asegurado es el cliente del Banco que contrata un crédito de consumo, cuya cobertura es el fallecimiento del asegurado o su invalidez permanente 2/3; igualmente, establece su limitación de cobertura, respecto de situaciones o enfermedades preexistentes que hubiesen sido declaradas y refiere que la cobertura del seguro para estos crédito comienza en la fecha que se produzcan y se extiende hasta que se encuentra cumplido el plazo original pactado en el crédito.

2.- Documento denominado “Seguro Colectivo de Desgravamen”, incorporada al Depósito de Pólizas, bajo el código POL 220130095, el cual consigna, entre otras cuestiones, que las reglas aplicables al contrato son las contenidas en el Título VIII, del Libro II, del Código de Comercio, la cobertura del seguro, las exclusiones de cobertura, las obligaciones del



asegurado y sus declaraciones, además de definir expresamente algunos términos.

3.- Documento denominado “Cláusula de Pago Anticipado del Capital Asegurado en caso de Invalidez Permanente dos tercios, Adicional a: Seguro Colectivo de Desgravamen, Código POL 220130095”, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el Código CAD 220130151, el que consigna que, no obstante lo estipulado en las Condiciones Generales de la Póliza, la presente Cláusula Adicional, que regula la hipótesis de invalidez permanente dos tercios, se regirá por las disposiciones de este instrumento.

4.- Copia simple de la carta de notificación inicial de Siniestro, de 20 de julio de 2017, emitida por la demandada, dirigida a don Mario Troncoso, en la cual le comunican que han recibido un denuncia de siniestro, respecto del seguro que individualiza.

5.- Copia simple de la carta de solicitud de antecedentes, de 21 de julio de 2017, por medio de la cual la demandada solicita al actor que le remitan la documentación, consistente en el informe médico tratante e histórico de gastos médicos ambulatorios curativos, para efectos de la liquidación y evaluar el siniestro.

6.- Copia simple del Dictamen de Invalidez, solicitud de pensión AFP trabajador afiliado, de 17 de abril de 2017, en la cual se acepta la invalidez definitiva total desde la misma fecha, y que quedara ejecutoriada el día 4 de julio de 2017, y que consigna que el menoscabo de la capacidad de trabajo, de don Mario Troncoso, es de un 83.0 (igual o mayor de 2/3).

7.- Copia simple del detalle histórico de subsidios, de 14 de julio de 2017, acompañado por el asegurado a la compañía de seguros, y que contiene el período mediado entre el 11 de abril de 2014 hasta el 1 de abril de 2017.

8.- Copia simple de Informe Médico Tratante, de 28 de julio de 2017, cuyo formulario fue emitido por la demandada, completado y suscrito por el médico tratante, don David Figueroa, traumatólogo de la unidad de rodilla de la Clínica Alemana, respecto del paciente don Mario Troncoso, en que se diagnostica pseudoatrosis platillo externo rodilla derecha, a causa de una falta de consolidación ósea, producto del trauma y operación de 25 de agosto de 2015, con hospitalización por 5 días; asimismo, consigna la realización de un aseo quirúrgico, de 25 de agosto de 2015; además, dicho documento diagnostica diabetes insulino-dependiente.

9.- Copia simple de Cartola de Operación Crédito N° 0035006865 0025214506, de 19 de julio de 2017, que consigna los montos de capital



abonado y el saldo insoluto del crédito de consumo suscrito entre don Mario Troncoso y Banco Santander.

10.- Documento denominado “Solicita Seguro de Desgravamen: SI”, respecto de la póliza N° 487, N° Solicitud: 4187184, de 28 de diciembre de 2015, y que consigna, entre otras cuestiones, la declaración de salud del asegurado.

11.- Copia simple del Informe de Liquidación, de 10 de agosto de 2017, en virtud del cual Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A., comunica a don Mario Troncoso el contenido del proceso de evaluación del siniestro, y da cuenta del rechazo de cobertura a la Póliza N° 487, y un glosario de términos anexo.

12.- Publicación en Revista Médica Herediana, Rev. Med. Herd., v. 20, N° 1, Lima, enero 2009, titulada Trastornos de la consolidación: Retardo y pseudoartrosis, suscrita por los médicos, señores Mazzini, Semba y Rodríguez, que da cuenta de algunos problemas de recuperación ósea luego de traumas en los huesos.

13.- Documento denominado “Complicaciones de Fracturas: Consolidación. Defectos de consolidación”, publicado por la Pontificia Universidad Católica de Chile, departamento de Traumatología y Ortopedia, recursos docentes del departamento perteneciente a la Escuela de Medicina.

14.- Captura de pantalla de la página del Hospital del Trabajador, en la que se define la Gonortrosis o artrosis de rodilla.

SÉPTIMO: Que previa solicitud, de una de las partes vía oficios de este Tribunal, se tuvieron a la vista los siguientes documentos:

1.- Informe médico de 30 de marzo de 2016, respecto del paciente don Mario Troncoso, en el cual el radiólogo, don Juan Proaño, refiere que se realizó un barrido tomográfico de rodilla derecha con cortes axiales, coronales y sagitales desde el tercio distal del fémur hasta el tercio proximal de la pierna; y, en el cual, la impresión médica es control de tratamiento de fractura de platillo tibial externo con colocación de material de osteosíntesis en buena posición, sin evidencias actuales de consolidación.

2.- Informe médico de **26 de julio de 2016**, respecto del paciente don Mario Troncoso, en el cual el radiólogo, don Juan Proaño, refiere que se realizó un barrido tomográfico de rodilla derecha; y, en el cual, la impresión médica es control de tratamiento de fractura de platillo tibial externo con colocación de material de osteosíntesis en buena posición, sin evidencias actuales de consolidación. **La posibilidad de pseudoartrosis se considera.**



3.- Informe médico de 27 de febrero de 2017, respecto del paciente don Mario Troncoso, en el cual el radiólogo, don Víctor Linares, refiere que se realizó un barrido tomográfico de rodilla derecha; y, en el cual, la impresión médica es un control de fractura de plataforma tibial de rodilla derecha con signos de no unión con elementos de oseosíntesis in situ, secuela de fractura de cabeza del peroné. Tendinosis rotuliana.

4.- Copia del Acta de sesión y del Dictamen N° 016.3669/2017, de 1 de junio de 2017, de la Comisión Médica de la Región Metropolitana, que fijó la pérdida de capacidad de trabajo de don Mario Troncoso Otero en un 83%, y que se encuentra ejecutoriada desde el 4 de julio de 2017.

5.- Contrato de Crédito de Consumo celebrado entre Banco Santander y don Mario Troncoso Otero.

6.- Copia de cartola de crédito de consumo N° 650025214506, a nombre de don Mario Troncoso Otero.

7.- Ficha clínica del paciente, don Mario Troncoso Otero, ante la Clínica Alemana de Santiago, en la cual constan las consultas médicas del referido paciente.

OCTAVO: Que, en la especie y no existiendo aspectos previos que requieran pronunciamiento de este Tribunal, es menester establecer que el conflicto se enmarca en la existencia, al tiempo de la celebración del seguro, de una enfermedad, o condición médica, en el demandante, que debió ser declarada por éste y cuya omisión configurarían una reticencia que constituiría un incumplimiento en las obligaciones del asegurado; o, en otros términos, si la invalidez permanente total declarada, respecto de don Mario Troncoso, por la Superintendencia con fecha 1 de junio de 2017 fue producto de una enfermedad originada, o un accidente ocurrido, durante la vigencia del período de cobertura indicado en la Póliza; o, si por el contrario, dicha enfermedad, o accidente, **era preexistente a la época de celebración del contrato de seguro, y dicha circunstancia debía ser declarada por el actor.**

NOVENO: Que de esta manera, y habiendo considerado la prueba analizada pormenorizadamente, han quedado los siguientes hechos como no controvertidos:

1. Que en junio del 2015, el demandante de autos, sufrió un atropello derivado de un delito a su persona y bienes. debiendo concurrir a un servicio de salud, siendo posteriormente objeto de una intervención quirúrgica en su rodilla.



2. Que las partes celebraron con fecha 29 de Diciembre del 2015, en virtud del cual la Compañía aseguradora se obligó a cubrir el saldo insoluto vigente del crédito de consumo obtenido por el actor del Banco Santander, éste último en calidad de beneficiario del referido seguro.
3. Esta cobertura se haría efectiva ante la ocurrencia de los siniestros especificados en la Póliza y sus cláusulas adicionales, dentro de las cuales se encuentra la invalidez permanente 2/3.-
4. La cobertura del seguro se encontraría vigente entre el 29 de diciembre de 2015 y el 5 de enero de 2021.
5. Que la Superintendencia de Pensiones, con fecha 1 de junio de 2017, resolvió declarar la invalidez definitiva total de don Mario Troncoso Otero, a contar del día 17 de abril de 2017.
6. Que con fecha 10 de agosto de 2017, la demandada en su Informe de Liquidación rechazó dar cobertura al siniestro N° 141428, sufrido por el asegurado y actor de autos.
7. Esta decisión fue apelada, con fecha 16 de agosto de 2017, por la cual el asegurado solicitó se dé cobertura al referido siniestro, cuestión que sería resuelta, por medio de carta de 26 de octubre de 2017, negativamente para el actor, atendido que concurriría una preexistencia en éste.

DÉCIMO: Que, ahora bien, la demandante sostuvo en su libelo que con fecha 1 de junio de 2017, la Superintendencia de Pensiones resolvió declarar la invalidez definitiva total del actor, a contar del día 17 de abril de 2017, cuestión que corresponde con el siniestro especificado en las cláusulas adicionales de la Póliza, por lo que sería procedente que la demandada hubiese dado cobertura al siniestro de invalidez permanente 2/3, y, por lo tanto, efectuado el pago del saldo insoluto vigente del crédito de consumo que el actor mantenía con el Banco Santander.

DÉCIMO PRIMERO: Que, la demandada, en ésta sede civil, no impugnó el contenido del Dictamen de la Superintendencia de Pensiones que declaró la invalidez definitiva total del actor; sino que, se limitó a señalar que los antecedentes médicos en que se basó su declaración eran preexistentes a la cobertura de la Póliza, por lo que se encontraría exceptuada de la misma, atendido que el asegurado omitió reticentemente declarar dichos antecedentes, conocidos por él y diagnosticados fidedignamente antes de la celebración del contrato de seguro.



DÉCIMO SEGUNDO: Que sobre el particular, es indispensable referirse a las condiciones particulares de la póliza colectiva de seguro de desgravamen e invalidez permanente 2/3 para crédito de consumo tradicional, documento que consigna las cláusulas que regulan el seguro colectivo de desgravamen; y, que, en su artículo 3°, consigna expresamente que serán excluidas de cobertura las situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5° de las Condiciones Generales, artículo que reseña que situación o enfermedad preexistente es cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por el asegurado o por quién contrata a su favor, **con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza.**

DECIMO TERCERO: Que igualmente pertinente resulta lo consignado en la solicitud de seguro de desgravamen, de 28 de diciembre de 2015, la que contiene la declaración personal de salud del asegurado y consigna que:

“Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las condiciones generales de la Póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura.

Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener diabetes, enfermedades al riñón, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades coronarias o soplos cardíacos, arritmias, sobrepeso u obesidad, enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis (excepto hepatitis A), enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa; enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma o anemia (excepto por falta de hierro); desórdenes nerviosos o mentales, VIH positivo/SIDA, síndrome de down y enfermedades neurológicas como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia y enfermedad de alzheimer. En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente, u otra, declaro sinceramente que he padecido:

Sin declaración de enfermedades.

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en este certificado así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no estará obligada a pagarlo.



Asimismo, autorizo a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud o el estado de las personas propuestas para el seguro. Finalmente, declaro que ninguno de los propuestos asegurados de esta solicitud ha sido rechazado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses”.

DÉCIMO CUARTO: Que, entonces, en el caso de marras, se encuentra establecido que el actor no declaró su estado de salud al tiempo de celebrar el contrato de seguro, consignándose, en el formulario de la solicitud de seguro de desgravamen colectivo, la leyenda **‘sin declaración de enfermedades’**.

Dicha falta de declaración de enfermedades, en el contexto de la suscripción de un contrato de seguro colectivo, definido como aquellos que mediante una sola póliza cubren contra los mismos riesgos, a un grupo determinado o determinable de personas, y en circunstancias que el tomador del seguro y el asegurado no son la misma persona, no configura necesariamente la reticencia invocada por la demandada.

DÉCIMO QUINTO: Que, si bien es cierto que la convención define como situación o enfermedad preexistente cualesquiera enfermedad, dolencia o situaciones de salud que afecte al asegurado y que haya sido diagnosticada o conocida por éste o por quién contrata a su favor, con anterioridad a la fecha de incorporación a la póliza, y que no consta que el asegurado haya declarado que padecía alguna enfermedad o condición preexistente, no puede concluirse que el actor haya omitido declarar una enfermedad o situación sobre la que tenía conocimiento, máxime cuando no se invoca un diagnóstico previo como antecedente.

DÉCIMO SEXTO: Que, de esta forma, la omisión imputada al actor por la aseguradora no configura necesariamente una de las causales de exclusión de cobertura previstas por el contrato, toda vez que, y en estricta aplicación del artículo 542 del Código de Comercio que establece el carácter imperativo de las normas que rigen el contrato de seguro, salvo en aquellas disposiciones más favorables al asegurado, habrá que estarse a la definición legal de enfermedades y dolencias preexistentes, contenida en el artículo 591 del mismo código, que establece que sólo podrán considerarse preexistentes aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud **diagnosticadas o conocidas por el asegurado**, conocimiento que correspondía acreditar a la compañía para eximirse del cumplimiento de sus obligaciones.

DÉCIMO SÉPTIMO: Que, de los escritos de discusión del presente litigio, quedó asentado que la negativa de dar cobertura del siniestro,



consistente en la invalidez permanente 2/3 del asegurado, se fundó en que éste habría omitido declarar condiciones o enfermedades preexistentes a la celebración del contrato de seguro; en particular, la demandada imputó reticencia del actor en declarar el atropello que sufrió durante el mes de junio de 2015 y la enfermedad de pseudoartrosis que padecía al celebrar el contrato.

DÉCIMO OCTAVO: Que, en cuanto al atropello que sufrió el actor durante el mes de junio de 2015, esta sentenciadora considera que no puede encuadrarse en la definición contenida en el artículo 591 del Código de Comercio, toda vez que corresponde a un hecho fortuito, sufrido por el actor, que ocasionó una fractura, condición transitoria de salud **respecto de la cual fue conferida el alta médica luego de la respectiva cirugía** y cuyas posteriores complicaciones en la recuperación del trauma escapan al curso normal y esperable de los acontecimientos, aun cuando las complicaciones ocurridas sean propias de éste tipo de intervenciones.

DÉCIMO NOVENO: Que por otra parte, el inevitable conocimiento que tuvo el actor sobre la ocurrencia del accidente, no lleva a concluir que éste tuviera conocimiento sobre una dolencia o enfermedad preexistente, ni tampoco era previsible, como pretende la demandada, que se materializara en un trastorno de salud permanente, como ocurrió en la especie.

VIGÉSIMO: Que, así las cosas, el atropello en la pierna derecha que sufrió el actor durante el mes de junio de 2015 no puede ser considerada una dolencia o enfermedad preexistente, en los términos previstos por la ley, puesto que corresponde a una situación aislada y cuyo resultado era imprevisible y desconocido para el actor; razón por la cual, esta Juez, estima que la omisión, por su parte, en el formulario de solicitud de incorporación a la Póliza, del accidente sufrido en junio de 2015 no configura una reticencia en el cumplimiento de su obligación de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos; lo anterior es especialmente patente si se observa el formulario de solicitud de incorporación a la Póliza colectiva, que no contiene solicitud de información alguna sobre accidentes u otras dolencias agudas que pudieren haber afectado al asegurado, por lo que, y en virtud del inciso segundo del artículo 525 del Código de Comercio, no podrá alegar errores, reticencias o inexactitudes del contratante.

VIGÉSIMO PRIMERO: Que, ahora bien, la aseguradora en su informe de liquidación señaló que no se daba cobertura al siniestro, consistente en la invalidez permanente 2/3 del asegurado, porque este se originó a causa de una enfermedad preexistente del actor, a saber la pseudoartrosis que afecta su pierna derecha.



En cuanto a esta alegación, y a diferencia de lo que ocurre con el atropello que afectó al actor, habrá que estarse a lo previsto por el artículo 591 del Código de Comercio, el que establece que se consideraran preexistentes sólo aquellas dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado, cuestión que la demandada imputa respecto de la pseudoartrosis que aqueja al demandante.

VIGÉSIMO SEGUNDO: Que, para efectos de determinar si la enfermedad de pseudoartrosis en la rodilla derecha del actor fue diagnosticada antes de la suscripción del contrato de seguro, habrá que estarse a lo resuelto por los profesionales médicos que atendieron al demandante en los distintos momentos que concurrió a ellos, y quedó establecido en los documentos que el Tribunal tuvo a la vista y no resultaron objetados.

En el mismo sentido se ha pronunciado la jurisprudencia de nuestros Tribunales Superiores, toda vez que se ha resuelto que es un requisito que exista un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad; que ésta esté directamente relacionada con el siniestro por el cual se pide cobertura, y, además, que el asegurado esté en cabal conocimiento del diagnóstico preciso, antes de la suscripción del contrato de seguro.

Igualmente, ha afirmado la Corte Suprema que lo medular del requisito es que el afiliado tenga conocimiento del mal que porta, a partir de un diagnóstico nacido de un galeno, que sea fidedigno y conlleve la necesaria certeza de padecerlo.

A ello ha de añadirse que ese conocimiento sea cronológicamente anterior a la suscripción del contrato de salud.

VIGÉSIMO TERCERO: Que, concluyendo, entonces, la jurisprudencia se encuentra conteste en indicar que, para efectos de determinar la naturaleza preexistente de una dolencia o enfermedad, es indispensable que concurra un diagnóstico médico fidedigno que determine con certeza la preexistencia de la enfermedad y que ésta aparezca directamente relacionada con el siniestro cuya cobertura se solicita, contando además el asegurado con el conocimiento del pronóstico, antes de la firma del contrato.

VIGÉSIMO CUARTO: Que en cambio y de conformidad con lo dispuesto por el artículo 531 del Código de Comercio en relación con el artículo 1698 del Código Civil, correspondía al demandado acreditar que el actor fue diagnosticado con pseudoartrosis antes de la celebración del contrato, cuestión que no efectuó, como se detallará en lo sucesivo.



VIGÉSIMO QUINTO: Que, de la prueba rendida y los documentos tenidos a la vista por esta Sentenciadora, se observa de los informes médicos allegados ante este Tribunal, que recién el día 26 de julio de 2016, casi siete meses después de que entrara en vigencia la referida convención, se consideró la posibilidad de pseudoartrosis, por lo que no resultó efectivo lo sostenido por el demandado en orden a que en el informe de 28 de julio de 2017, se consignara que la enfermedad empezó el año 2015.

VIGÉSIMO SEXTO: Que, de lo que se lleva razonado latamente, de acuerdo a lo expuesto y al no mediar un diagnóstico médico anterior, atinente a la patología en comento, no es posible determinar que era exigible al asegurado proporcionar una información de la que carecería, en los términos que la ley lo dispone, de tal manera que semejante falencia, así conceptualizada, no puede servir a la aseguradora como excusa para negarse a indemnizar el siniestro materializado; teniendo en consideración además que al haberse incorporado una cláusula que autoriza a la compañía aseguradora para requerir los antecedentes médicos del asegurado, es que sobre ella recaía el deber de verificar las declaraciones del asegurado a este respecto, especialmente si se considera que dicha declaración personal se encuentra en las condiciones del seguro colectivo, figura contractual caracterizada por la adhesión del asegurado.

VIGÉSIMO SÉPTIMO: Que, la demandada, en etapas posteriores a la discusión, refirió otros padecimientos que aquejarían al actor, previo a la suscripción del mentado contrato de seguro; la existencia de dichas dolencias, según la demandada, demostraría la reticencia del demandante en el cumplimiento de sus obligaciones y serían fundamentos adicionales del rechazo de la cobertura del siniestro.

Estas alegaciones, se adelanta, no pueden prosperar; en primer término, la demandada buscó acreditar que el demandante sufría otras dolencias, distintas a las alegadas en su contestación y en su réplica, cuestión ajena al procedimiento de marras y cuyo contenido está vetado para el Tribunal, atendido que las alegaciones son extemporáneas a la etapa de discusión.

No obstante lo anterior, y teniéndose presente que el punto de prueba N° 4, de la resolución de 23 de agosto de 2018, es comprensivo de múltiples condiciones de salud o trastornos médicos, habrá que analizar los asertos de la aseguradora a este respecto.

VIGÉSIMO OCTAVO: Que en este orden de ideas, la demandada indica que el actor omitió declarar igualmente la enfermedad de diabetes mellitus que le aqueja; al respecto, basta con señalar que esta alegación de la demandada no sólo fue extemporánea, sino que tampoco se acreditó, en base a



la prueba rendida, que el diagnóstico de la referida enfermedad fuese previa a la contratación del seguro ni aún la fecha en que ocurrió esto.

Por lo anterior, y atendido que la demandada no acreditó los presupuestos básicos para determinar que el padecimiento sería preexistente, esta alegación deberá ser rechazada.

VIGÉSIMO NOVENO: Que, de lo que se ha venido exponiendo, queda meridianamente claro que la aseguradora incumplió su obligación resarcitoria fundado en un incumplimiento de las obligaciones del actor, cuestión que no acreditó según se refirió en los considerandos precedentes.

De esta forma, la negativa de cobertura del siniestro, fundándose en la supuesta preexistencia que aquejaba al actor, no se ve amparada en causa legal o contractual alguna, toda vez que no quedó acreditado en autos que el demandante fuere diagnosticado con pseudoartrosis, u otra dolencia, de forma previa a la suscripción del seguro colectivo, cuyo cumplimiento se solicita.

Y, así, en conformidad al artículo 1698 del Código Civil, correspondía a la demandada acreditar el cumplimiento de su obligación, o los fundamentos que la eximirían de dar íntegro cumplimiento a lo previsto por la convención, sin que prueba alguna rindiera para efectos de acreditar lo anterior, y, quedando en la especie demostrado que la pseudoartrosis, u otras dolencias, del actor no fueron diagnosticadas antes de la vigencia del contrato de seguro, es que dichas argumentaciones, de la demandada, deberán ser rechazadas.

De esta forma, esta Juez observa claramente que la demandada incumplió su obligación, consistente en dar cobertura al siniestro, sin que mediara una causal de exención de responsabilidad y concurriendo, en la especie, todos los requisitos que hacían procedente la cobertura del siniestro.

TRIGÉSIMO: Que, la demandada expuso que, en cualquier caso, los perjuicios reclamados no tienen un vínculo causal con el supuesto incumplimiento de la demandada, cuestión que no tiene asidero, como se detalla a continuación.

En efecto, la actora señala expresamente que los perjuicios cuya indemnización reclama, emanan directa e inmediatamente de la negativa de la aseguradora de dar cobertura al siniestro de invalidez permanente 2/3, cuestión que configura el incumplimiento imputado; así, si la compañía aseguradora hubiera dado cumplimiento a sus obligaciones, los perjuicios sufridos por el actor no se habrían materializado, toda vez que la deuda vigente impaga que mantiene el demandante con el Banco Santander habría sido extinguida a través del pago efectuado por la aseguradora y no por medio



del pago del demandante, cuestión que por sí misma permite establecer la causalidad entre el incumplimiento imputado y los perjuicios reclamados.

TRIGÉSIMO PRIMERO: Que, en conformidad con lo que se ha venido razonando, se encuentran establecidos todos los requisitos de la responsabilidad contractual, toda vez que se acreditó en autos el cumplimiento de las obligaciones del demandante, el incumplimiento imputable de las obligaciones de la demandada, la existencia de un daño, el vínculo de causalidad entre el incumplimiento y los perjuicios, además de no concurrir una causal de exención de responsabilidad.

TRIGÉSIMO SEGUNDO: Que, el actor, en virtud de lo dispuesto por el artículo 1489 del Código Civil, solicitó se ordene el cumplimiento forzado de la obligación con indemnización de perjuicios, a lo que se accederá, según se detalla en lo sucesivo.

TRIGÉSIMO TERCERO: Que, el cumplimiento forzado de la obligación, atendida la naturaleza de ésta, no cede en beneficio directo del actor, no obstante éste sí detenta un interés patrimonial inmediato en su cumplimiento y asimismo tiene la calidad de asegurado en el referido contrato, por lo que puede exigir su cumplimiento.

De esta forma, la Compañía aseguradora, demandada de autos, deberá solucionar el saldo insoluto del crédito vigente que mantiene el actor con el Banco Santander, desde que la presente sentencia se encuentre ejecutoriada y hasta la entera satisfacción del Banco acreedor.

TRIGÉSIMO CUARTO: Que la demandante solicitó, a título de indemnización de perjuicios, le sean reembolsadas todas las cuotas del referido crédito de consumo, obtenido del Banco Santander, que su parte haya pagado desde la declaración de invalidez, contenida en el Dictamen de la Superintendencia de Pensiones, hasta que la demandada de cumplimiento a su obligación, lo cual se entiende comprendido dentro del daño emergente, acogiendo esta petición.

No obstante lo anterior, el monto correspondiente deberá ser determinado en la etapa procesal pertinente, con el mérito de la liquidación que practique la Secretaría del Tribunal.

TRIGÉSIMO QUINTO: Que así las cosas, el Tribunal no podrá considerar lo alegado por la demandada en cuanto se refiere a la duplicidad consistente en haber solicitado el actor una suma igual a la reclamada por concepto de cumplimiento forzado de la obligación y a la vez reclamando la misma por concepto de indemnización; estimando que la referida duplicidad, se constituye no sólo por el monto o la base de su cálculo, sino que también



por el hecho de que el demandante al no señalar la calidad de los perjuicios que demanda, sólo cabe asimilarlo al cumplimiento del contrato por equivalencia, lo que se traduce en duplicar la reclamación, toda vez que al mismo tiempo que la contraria demanda el cumplimiento forzado, es decir, el pago de los saldos insolutos desde la fecha de la declaración de invalidez.

Que lo anterior no resulta ser efectivo, toda vez que como ya se razonó, el cumplimiento forzado del contrato comprende la obligación que aun puede ser satisfecha por la demandada, en cumplimiento en naturaleza, en cambio la indemnización comprende el perjuicio sufrido efectivamente por el actor, siendo por tanto aspectos complementarios para una reparación integral que no se superponen entre sí.

TRIGÉSIMO SEXTO: Que, los demás prueba rendida, no referida expresamente en los considerandos anteriores, consistente fundamentalmente en personerías, en nada alteran lo razonado por esta Sentenciadora.

Por todo lo expuesto, y visto además lo dispuesto por los artículos 144, 160, 170, 341, 342, 346, 358 y 384 del Código de Procedimiento Civil, artículos 1437, 1489, 1545, 1546 y 1698 del Código Civil, y los artículos 513, 521, 523, 524, 525, 531, 542, 590 y 591 del Código de Comercio, y demás normas pertinentes, SE RESUELVE:

- I. Que se rechazan las tachas deducidas por la demandada al folio 39.
- II. Que se acoge la demanda interpuesta al folio 1, y se declara que se deberá hacer efectiva la cobertura de la póliza N° 487, por lo que se condena a Zurich Santander Seguros de Vida Chile S.A. al pago del crédito impago vigente que el actor mantiene con el Banco Santander a contar desde que esta sentencia quede ejecutoriada; más el pago de la indemnización, consistente en el reembolso de todas las cuotas pagadas por el actor al Banco Santander y devengadas desde el día 4 de julio de 2017, fecha en que quedó ejecutoriado el Dictamen de Invalidez del actor y hasta que esta sentencia quede ejecutoriada.
- III. Que se condena en costas a la demandada.

Regístrese, notifíquese y archívese en su oportunidad

DICTADA POR DOÑA SYLVIA PAPA BELETTI, JUEZ TITULAR.-



En **Santiago**, a **veintiuno de Noviembre de dos mil dieciocho** , se notificó por el estado diario, la resolución precedente.-



Este documento tiene firma electrónica y su original puede ser validado en <http://verificadoc.pjud.cl> o en la tramitación de la causa.

A contar del 12 de agosto de 2018, la hora visualizada corresponde al horario de verano establecido en Chile Continental. Para Chile Insular Occidental, Isla de Pascua e Isla Salas y Gómez restar 2 horas. Para más información consulte <http://www.horaoficial.cl>