

NOMENCLATURA : 1. [40]Sentencia  
JUZGADO : 3º Juzgado Civil de Santiago  
CAUSA ROL : C-23434-2017  
CARATULADO : BUONO-CORE/COMPañIA DE SEGUROS  
CONFUTURO S. A.

**Santiago, trece de noviembre de dos mil diecinueve.**

**VISTOS:**

Con fecha 30 de agosto de 2017, comparece don **Gino Mario Buono-Core Mariangel**, empleado, domiciliado en calle Los Leones N° 220, oficina 1004, comuna de Providencia, quien deduce demanda por incumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de la **Compañía de Seguros Confuturo S.A.**, del giro de su denominación, representada por don Christian Abello Prieto, ambos con domicilio en Avenida Rosario Norte N° 660, piso 21, comuna de Las Condes, en razón de los fundamentos de hecho y de derecho que señala en su escrito.

Con fecha 26 de septiembre de 2017, consta la notificación de la demanda a la demandada, a través de su representante legal.

Con fecha 11 de octubre de 2017, la demandada concurre al procedimiento contestando la demanda.

Con fecha 20 de octubre de 2017, el demandante evacua el trámite de la réplica.

Con fecha 02 de noviembre de 2017, la demandada evacua el trámite de la dúplica.

Con fecha 12 de marzo de 2018, se realizó la audiencia de conciliación, con la asistencia del apoderado del demandante y en rebeldía de la parte demandada. En el mismo acto se dejó constancia que llamadas las partes a conciliación, ésta no se produce atendida la incomparecencia señalada.

Con fecha 16 de marzo de 2018, se recibió la causa a prueba, resolución notificada a la parte demandada con fecha 16 de agosto de 2018 y al demandante con fecha 20 de agosto del mismo año.

Con fecha 15 de marzo de 2019, se citó a las partes a oír sentencia.

**CONSIDERANDO:**

**PRIMERO:** Que, con fecha 30 de agosto de 2017, comparece don Gino Mario Buono-Core Mariangel, quien deduce demanda por incumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios, en contra de la Compañía de Seguros Confuturo S.A., del giro de su denominación, representada por don Christian Abello Prieto, en razón de los fundamentos de hecho y de derecho que señala.

Funda su pretensión en el hecho que contrató con la demandada la póliza colectiva BS0153994, bajo las coberturas generales establecidas en el condicionado



general de la Superintendencia de Valores y Seguros POL 3 12 090, que se encuentran actualmente prohibidos por dicha entidad.

Indica que la vigencia de la póliza inició con fecha 11 de abril de 2013 y se encontraba vigente hasta la fecha del siniestro materia de autos, la cual estipulaba que para los efectos de la cobertura se entenderá que el infarto del miocardio ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza y que el capital asegurado era la suma de 400 UF.

Hace presente que con fecha 22 de julio de 2016, sufrió un infarto al miocardio que lo mantiene hasta la fecha convaleciente. Por dicho motivo, efectuó la denuncia respectiva en la compañía demandada con fecha 12 de septiembre de 2016, el cual fue rechazado por el único antecedente de que la hipertensión arterial (enfermedad preexistente) es causa directa de infarto al miocardio y no procede la evaluación e indemnización solicitada.

Respecto a la escueta resolución, señala que se interpuso en tiempo y forma la impugnación respectiva, manteniéndose el rechazo por el argumento de haber sido una recomendación del médico asesor de la compañía aseguradora, quien no se encuentra identificado.

En cuanto a la improcedencia formal del rechazo, refiere que el informe de liquidación es inepto y arbitrario, puesto que no se explica cómo se arribó a la conclusión entregada, ni se acompañó de informes médicos o de la opinión de un facultativo debidamente individualizado. Lo mismo ocurre en la respuesta de la impugnación, donde se pretende corregir la insuficiencia del informe mediante la cita de un supuesto médico asesor, que no se identifica.

Expone que la hipertensión es calificada medicamente como un factor de riesgo, pero no como causa de una patología y que el infarto puede tener su origen en diversas causas, como malformaciones congénitas que nada tienen que ver con la hipertensión, estrés y otras causas.

Añade que la causal de exclusión debe ser probada por la compañía, conforme lo señalado por ley, la cual regula también en el artículo 28 numeral 5° del DS N° 1055, los requisitos que debe tener el informe de liquidación.

Explica que la improcedencia del rechazo es por encontrarse el infarto expresamente cubierto y que, además, conforme a la circular 2123 del 2013 de la Superintendencia de Valores y Seguros, sobre las reglas para seguros colectivos, éste debe dar aplicación a lo dispuesto en el artículo 517 del Código de Comercio, que transcribe.

Agrega que es evidente que las cláusulas de exclusión deben ser interpretadas de manera restrictiva y que conforme al concepto de contrato de seguro, éste se trata



de un contrato bilateral, oneroso, de trato sucesivo y en los casos de contratación estandarizada, de adhesión.

En cuanto a los perjuicios, indica que el daño sufrido corresponde a los siguientes montos:

- Por daño patrimonial: 400 UF, correspondiente al capital asegurado que la demandada no pagó o, en subsidio, el equivalente a la suma de 400 UF en moneda corriente a la fecha del pago, o lo que se estime en derecho.

- Por daño moral: \$13.000.000 por el agravio contra su dignidad al incumplir las obligaciones de manera injustificada, displicente y absolutamente infundado, siendo que el objetivo de contratar un seguro es justamente para cubrir este tipo de eventualidades, como lo es sufrir un infarto al miocardio grave.

Previas citas legales, solicita por tener interpuesta demanda civil de indemnización de perjuicios en contra de la Compañía de Seguros Confuturo S.A., a fin de que sea condenado a que se indemnice el daño patrimonial por la suma de 400 UF o su equivalente en moneda corriente a la fecha del pago, más la suma de \$13.000.000 por concepto de daño moral, o en la suma menor o mayor que se considere pertinente a la ponderación de los hechos, con expresa condenación en costas;

**SEGUNDO:** Que, con fecha 11 de octubre de 2017, comparece don Marcelo Alejandro Nasser Olea, en representación de Compañía de Seguros Confuturo S.A., contestando el libelo incoado en contra de su representada y solicitando al Tribunal su rechazo en todas sus partes, con expresa condena en costas.

Precisa que es efectivo que el demandante fue adscrito a una póliza colectiva por medio de la incorporación folio N° 8429, el 11 de abril de 2013, cuyas condiciones generales están depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el código POL 3 12 090, y respecto de la cual su comercialización fue prohibida con la entrada en vigencia de la Ley N° 20.667, pero no así su vigencia.

Agrega que no es efectivo que el demandante sea acreedor de una indemnización por siniestro, pues declaró estar afecto a una preexistencia de hipertensión arterial, razón legal y contractual suficiente para que no se verifique la obligación condicional de indemnizar ningún seguro de personas, conforme al concepto de preexistencia legal que transcribe.

Señala que tampoco es efectivo que se haya entregado al demandante un certificado de cobertura como lo ordena el artículo 517 del Código de Comercio, por cuanto la incorporación que el mismo firmó señala que “la presente propuesta hará las veces de certificado de cobertura” (sic).

Expone que la hipertensión arterial se encuentra confesa por el actor y que la evaluación médica de 31 de agosto de 2016, indica con claridad que dicha condición



es causal directa y suficiente de infarto al miocardio, razón por la cual no corresponde dar cobertura al siniestro, como se aprecia también en el informe de liquidación en el apartado de informes técnicos. Es decir, el demandante pretende que su situación o condición de salud, que es un evidente factor de riesgo en un infarto al miocardio agudo y que fue diagnosticado en su ingreso al Hospital del Salvador, no incida en la obligación condicional de indemnizar de los artículos 521 y 529 N° 2 del Código de Comercio, pretendiendo se realice una re-interpretación del contrato de seguro.

En cuanto al derecho, expone que la exclusión se aviene a la ley y al texto del contrato, por cuanto existe una preexistencia que es causal del siniestro, como contestó fielmente el demandante. Agrega que la influencia o causa de la hipertensión arterial en el infarto de miocardio ha sido estudiada por diversas investigaciones, de la cual una concluye que, de 50 personas que sufrieron infarto el 38% eran hipertensos.

Respecto a la buena fe de la declaración sobre el estado de riesgo integrado a la relación contractual, añade jurisprudencia chilena y española, además de lo que se entiende por factor de riesgo.

En cuanto a la operación contractual y legal de la exclusión, indica que resulta evidente que las exclusiones pactadas en los contratos de seguro deben interpretarse en el sentido que produzcan algún efecto versus el que no pueda producirlo, conforme al artículo 1562 del Código Civil. En dicho sentido, la exclusión debe ser leída según la intención manifestada por los contratantes, lo que en este caso, sería no cubrir enfermedades, situaciones ni consecuencia de la lista de aquellas que se pregunten en el cuestionario, bastando probar la exclusión para que el asegurado quede liberado de la obligación de indemnizar.

En cuanto a los daños, explica que no existiendo incumplimiento contractual de ninguna especie, culpa o relación causal, su representada no está obligada a cumplir contrato alguno ni menos indemnizar daños consecuenciales de ninguna especie. Que, en el improbable caso que se tenga por acreditada la culpa, solo se condene los daños emergentes ajustados estrictamente a la prueba rendida por el actor y lo prescrito en el artículo 1558 del Código Civil, rechazándose íntegramente el daño moral o, en subsidio, se ajuste a lo que el actor sea capaz de probar.

Por tanto, en mérito de lo expuesto y disposiciones legales citadas solicita al Tribunal tener por contestada demanda, solicitando su rechazo en todas y cada una de sus partes con expresa condena en costas;

**TERCERO:** Que, con fecha 20 de octubre de 2017, comparece don Diego Chamorro Le Roy, en representación del demandante, quien evacua el trámite de la réplica, ratificando expresamente la demanda presentada.

Señala que rechaza categóricamente lo indicado en la contestación respecto a que su representado hábilmente omitió antecedentes, puesto que todo lo contrario, el



demandante actuó de buena fe desde el primer minuto que contrató el seguro materia de autos, puesto que declaró la existencia de hipertensión arterial, lo que según la información aportada se encontraba cubierta.

Enfatiza que su representado actuó en plena concordancia con el deber de sinceridad que debe imperar en el contrato, siendo la demandada quien no hizo entrega del texto íntegro de la póliza cuando fue requerida luego de la entrada en vigencia de la ley N° 20.667, con el fin de saber si se había modificado, debiendo el actor concurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, que refleja el actuar de un contratante diligente.

Hace presente la improcedencia de la alegación de la contraria, por cuanto dicha preexistencia es un factor de riesgo existente en la mayor parte de la población de dicha edad y que, en dicho caso, de las 5 hipótesis cubiertas (cáncer, infarto al miocardio, accidente vascular encefálico o cerebral, insuficiencia renal y enfermedades coronarias), 3 estarían excluidas o inclusive todas. Añade que es necesario preguntarse, de qué forma es factible que la demandada, tanto al contratar como renovar el seguro, no haya informado a su representado de todos los riesgos que están excluidos de la cobertura, bajo su interpretación.

Expone que si el infarto era un riesgo no cubierto dentro de una póliza colectiva con un valor preestablecido, lo que procedía era rebajar proporcionalmente al riesgo la prima, conforme al artículo 525 del Código de Comercio.

En cuanto al informe de liquidación, explica que fue elaborado por la propia demandada y no por un liquidador oficial de seguros, el cual fue impugnado en tiempo y forma, por lo que resulta inoponible a su parte.

Finalmente, añade que la demandada no informó quien era el liquidador asignado o la posibilidad de requerir uno oficial.

Por tanto, solicita al Tribunal tener por evacuado el trámite de la réplica;

**CUARTO:** Que, con fecha 02 de noviembre de 2017, comparece don Marcelo Alejandro Nasser Olea, por la demandada, quien evacua el trámite de la dúplica, ratificando expresamente los argumentos ya expuestos y agregando lo siguiente.

Explica que al demandante se le entregó un certificado de cobertura como lo ordena el artículo 517 del Código de Comercio, que transcribe.

Y señala que el demandante ignora que el DFL N° 251, establece el derecho del asegurado para requerir liquidación independiente, frente al derecho del asegurador a hacer la liquidación directa en ciertos casos, como es lo corriente en los seguros de salud y de personas en general.

Por tanto, solicita al Tribunal tener por evacuado el trámite de la dúplica;



**QUINTO:** Que, con fecha 12 de marzo de 2018, tuvo lugar la audiencia de conciliación decretada en autos con la asistencia del apoderado de la demandante y en rebeldía de la parte demandada, dejándose constancia que no se produce atendida la incomparecencia señalada.

Luego, con fecha 16 de marzo de 2018, se recibió la causa a prueba, resolución notificada a la parte demandada con fecha 16 de agosto de 2018 y al demandante con fecha 20 de agosto de 2018;

**SEXTO:** Que, la parte demandante a fin de acreditar los fundamentos de su libelo, rindió la siguiente prueba documental:

1.- Copia de condiciones generales seguro colectivo para enfermedades graves, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 3 12 090;

2.- Copia de solicitud de incorporación seguro salud garantizada, folio N° 8429, de fecha 11 de abril de 2013, emitido por Corpvida y Corpbanca Corredores de Seguros, a nombre de Gino Mario Buono-Core Mariangel;

3.- Copia de informe de liquidación de siniestro N° 372001152, N° póliza BS0153994, Compañía Confuturo, Condiciones generales POL 3 12. 090, dictamen rechazo;

4.- Copia de formulario de denuncia de siniestro, de fecha 09 de agosto de 2016, emitido por Confuturo, a nombre de Gino Mario Buono-Core Mariangel;

5.- Copia de ficha coordinación patología GES IAM-SSMO, control en cardiología Hospital del Salvador, de fecha 10 de agosto de 2016, nombre paciente Gino Mario Buono-Core Mariangel;

6.- Copia de circular N° 2123, de fecha 22 de octubre de 2013, emitido por la Superintendencia de Valores y Seguros, referencia imparte instrucciones;

**SÉPTIMO:** Que, por su parte, la demandada acompañó los siguientes documentos:

1.- Copia de condiciones generales seguro colectivo para enfermedades graves, incorporada al depósito de pólizas bajo el código POL 3 12 090;

2.- Copia de solicitud de incorporación seguro salud garantizada, folio N° 8429, fe fecha 11 de abril de 2013, emitido por Corpvida y Corpbanca Corredores de Seguros, a nombre de Gino Mario Buono-Core Mariangel;

3.- Copia de ficha coordinación patología GES IAM-SSMO, control en cardiología Hospital del Salvador, de fecha 10 de agosto de 2016, nombre paciente Gino Mario Buono-Core Mariangel;

4.- Copia de formulario de denuncia de siniestro, de fecha 09 de agosto de 2016, emitido por Confuturo, a nombre de Gino Mario Buono-Core Mariangel;



5.- Copia de evaluación médica, de fecha 03 de agosto de 2016, nombre del asegurado Gino Buono-Core, póliza salud garantizada, vigencia 11 de abril de 2013, cobertura a evaluar enfermedades graves;

6.- Copia de escritura pública de 21 de junio de 2017, de la 48° Notaría Pública de Santiago, Repertorio N° 5.503/2017, mandato judicial de Compañía de Seguros Confuturo S.A., a Marcelo Nasser Olea;

**OCTAVO:** Que, son hechos de la causa, en lo atinente, por encontrarse acreditados en el proceso, los siguientes:

1.- Que don Gino Mario Buono-Core Mariangel, requirió su incorporación al Seguro Salud Garantizada, de Corpvida, con fecha 11 de abril de 2013, mediante solicitud N° 8429, Plan Contratado, 400 UF, habiendo declarado en dicha oportunidad padecer de hipertensión arterial, indicándose en anexo, descripción de cobertura, lo siguiente: “La compañía pagará al asegurado el capital asegurado, si se diagnostica por primera vez alguna de las siguientes enfermedades: Infarto al Miocardio”, excluyéndose las enfermedades preexistentes, en el numeral VII letra h;

2.- Que, de acuerdo al artículo 1 de Condiciones Generales Seguro Colectivo Para Enfermedades Graves, incorporada al Depósito de Pólizas bajo el Código POL 3 12 090, “La Compañía Aseguradora pagará el monto asegurado en la forma estipulada en las Condiciones Particulares de la presente póliza, si al Asegurado le es diagnosticada por primera vez una enfermedad grave de las descritas en la presente póliza, siempre que se encuentre expresamente cubierta por la Compañía de conformidad a lo indicado en las Condiciones Particulares. Por consiguiente, se podrá cubrir una o más de las enfermedades indicadas en la presente póliza, las que se deben indicar expresamente en las Condiciones particulares. Para que opere esta cobertura es imprescindible que haya transcurrido el período de carencia establecido en las Condiciones particulares y que la cobertura individual se encuentre vigente”, indicándose como enfermedades cubiertas, algunos tipos de cáncer, infarto al miocardio, accidente vascular encefálico o cerebral, insuficiente renal crónica, enfermedad de las coronarias que requiere cirugía. En las mismas condiciones se establece que “una vez ocurrido alguno de los riesgos cubiertos por esta póliza e indicados en las Condiciones Particulares, la Compañía Aseguradora pagará la totalidad del monto asegurado, con los cual terminará la cobertura contratada bajo la presente póliza”;

3.- Que, de acuerdo a las mismas condiciones generales, en su artículo 5, “Exclusiones”, letra “h.” se establece como causal de exclusión, lo siguiente: “Situaciones o Enfermedades preexistentes. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que



puedan importar una limitación o exclusión de cobertura. En el certificado de cobertura se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza”;

4.- Que, de acuerdo a Ficha Coordinación Patología GES IAM-SSMO, del Hospital del Salvador, Sección de Cardiología, fue diagnosticado con fecha 22 de julio de 2016, luego de transcurridos más de 3 años desde la celebración del contrato de seguro, con “Enfermedad de un vaso, Angioplastía + Stent ACD, HTA secundaria a Hiperaldosteronismo primario, Dislipidemoa, Gota”;

5.- Que, luego de ello, el asegurado denunció el siniestro a Confuturo, con fecha 09 de agosto de 2016, por infarto agudo al miocardio, N° 372001152, el que fue liquidado con fecha 01 de septiembre de 2016, determinado su rechazo, argumentando preexistencia de enfermedad, en conformidad a artículo 5 letra h de las condiciones generales del seguro, argumentando que “la hipertensión arterial (enfermedad preexistente) es causa directa de miocardio, no procede la evaluación e indemnización solicitada”;

6.- Que, mediante circular N° 2123 de 22 de octubre de 2013, de la Superintendencia de Valores y Seguros, se impartieron instrucciones sobre: información a incluir en pólizas de seguros; información de las primas y condiciones; reglas para seguros contratados en forma colectiva; normas generales sobre información a entregar al público acerca del asegurador y corredor de seguros, y; normas sobre promoción, publicidad y oferta de seguros y de beneficios asociados a la contratación de pólizas de seguros;

**NOVENO:** Que, como se adelantó, en estos autos se ha deducido demanda de indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual por don Gino Mario Buon-Core Mariangel, en contra de Compañía de Seguros Confuturo S.A., con ocasión del incumplimiento del contrato de seguros celebrado entre las partes, relativo a Seguro “Colectivo Para Enfermedades Graves”, al haberse negado la compañía aseguradora a pagar el siniestro ocurrido con fecha 22 de julio de 2016, consistente en infarto agudo al miocardio, solicitando en definitiva se le indemnicen los daños causados, ascendentes a 400 UF, en lo que respecta al daño patrimonial y a \$13.000.000 por concepto de daño moral.

Que, por su parte, la demandada solicita el rechazo del libelo deducido en su contra, por haber operado la causal de exclusión del artículo 5 letra h del contrato, argumentando que la hipertensión arterial declarada por el actor, es factor de riesgo para el infarto al miocardio y, en subsidio, en el improbable caso de estimarse que su





parte ha incurrido en incumplimiento, se regulen los daños de acuerdo a lo acreditado por el actor;

**DÉCIMO:** Que, en primer término, cabe señalar que la parte demandante recurrió a la Justicia Ordinaria, no habiendo la demandada alegado en su oportunidad, la incompetencia del Tribunal en atención a la cláusula arbitral del artículo 14 del Seguro Colectivo Para Enfermedades Graves, por lo que ésta se entiende renunciada.

Que, las partes de un acto o contrato, pueden libremente sustraer sus efectos del conocimiento de la Justicia Ordinaria estableciendo el tribunal arbitral al cual someter las controversias que surjan en la ejecución del mismo. Se trata de la aplicación del principio general que dice que, para que una persona se obligue a otra mediante un acto o declaración de voluntad, es preciso, entre otros requisitos, que consienta en dicho acto o declaración (artículo 1445 del Código Civil).

Que, se ha entendido el arbitraje en doctrina como renunciable por las partes, pues “en el caso de que un asunto comprometido sea llevado al conocimiento de los jueces ordinarios, la parte afectada debe oponer la excepción de cláusula compromisoria antes de hacer cualquier gestión principal en el pleito que importe reconocer jurisdicción al tribunal ordinario, pues, de otro modo, se entiende tácitamente renunciada la excepción, ya que no es de orden público ni el tribunal puede declararla de oficio” (Aylwin Azócar, Patricio, “El Juicio Arbitral”, Editorial Thomson Reuters, 6ª Edición actualizada, año 2014, pág. 324).

Que, asimismo lo ha entendido la Excelentísima Corte Suprema, en aquellos casos en que la materia objeto de conflicto no es de aquellas consideradas como de arbitraje forzoso, al pronunciarse y rechazar el recurso de casación en la forma en el considerando segundo de los autos Rol de Ingreso N°1191-2011, al resolver que “al no corresponderle ser conocida por un tribunal ordinario, no estamos frente a un tribunal incompetente. Además, no se trata de incompetencia absoluta como sostiene el recurrente, pues no dice relación con materias de arbitraje forzoso. En consecuencia, es procedente la preparación del recurso de casación en la forma (...) Asimismo, debe señalarse que el demandado sólo cuando obtiene sentencia desfavorable a sus intereses invoca esta supuesta incompetencia, pues cuando la sentencia de primer grado rechazó la acción, nada dijo, se conformó con la actuación del tribunal hasta que obtuvo sentencia desfavorable”;

**UNDÉCIMO:** Que, hecha la precisión anterior, y atendida la acción deducida en autos, de indemnización de perjuicios por responsabilidad extracontractual, útil resulta citar lo dispuesto por el artículo 1545 del Código Civil, según el cual “Todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales”. Por



su parte, el artículo 1546 del citado cuerpo de leyes dispone que “Los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no sólo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por la ley o la costumbre pertenecen a ella”, agregando el artículo 1489 inciso 2° del Código Civil, que en el caso de no cumplirse por uno de los contratantes lo pactado, “podrá el otro contratante pedir a su arbitrio o la resolución o el cumplimiento del contrato, con indemnización de perjuicios”, entendiendo esta magistrado que igualmente puede recurrirse sólo mediante el ejercicio de la acción indemnizatoria, tal cual como lo ha establecido la Jurisprudencia de nuestros Tribunales Superiores de Justicia, lo anterior sin perjuicio de las distintas corrientes doctrinarias existentes.

Luego, y en lo que respecta a la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual, ésta tiene lugar cuando se infringe una obligación preexistente entre las partes, fundamentalmente de origen convencional, y por asimilación, de otras fuentes extracontractuales (René Abeliuk Manasevich, Las Obligaciones, Tomo II, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, año 2011, pág. 911).

También se ha dicho que la “Responsabilidad contractual es la sujeción a la sanción impuesta por un ilícito contractual. Este ilícito es el daño causado a otro por la infracción de una obligación o relación jurídica específica preestablecida, sea que derive ella de un contrato, un cuasicontrato o de una disposición de la ley, como la obligación alimenticia. Su sanción es la de reparar o indemnizar el daño causado por dicha infracción” (Alessandri, Somarriva, Vodanovic, Tratado de Las Obligaciones, Volumen II, Editorial Jurídica de Chile, Segunda Edición, año 2010, pág. 251).

En conformidad al inciso primero del artículo 1556 del Código Civil, “La indemnización de perjuicios comprende el daño emergente y lucro cesante, ya provengan de no haberse cumplido la obligación, o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado el cumplimiento”.

En torno a dicho precepto, la doctrina ha determinado como requisitos de la indemnización de perjuicios por responsabilidad contractual los siguientes: a) Que entre las partes exista un contrato válido; b) Que el daño sea ocasionado por una de las partes en perjuicio de la otra; c) Que el daño provenga del incumplimiento y no de otra actuación del deudor;

**DUODÉCIMO:** Que, por otra parte, de acuerdo al artículo 512 del Código de Comercio, “El seguro es un contrato bilateral, condicional y aleatorio por el cual una persona natural o jurídica toma sobre sí por un determinado tiempo todos o algunos de los riesgos de pérdida o deterioro que corren ciertos objetos pertenecientes



a otra persona, obligándose mediante una retribución convenida a indemnizarle la pérdida o cualquier otro daño estimable que sufran los objetos asegurados”.

Para don Ricardo Sandoval López, son características del contrato de seguro, el ser *bilateral, solemne, nominado, oneroso, de buena fe, de adhesión, dirigido, principal* y generalmente *individual*, siendo sus principios formativos los siguientes: *buena fe, interés asegurable, subrogación, indemnización, contribución* y *causa inmediata* (Ricardo Sandoval López, Derecho Comercial, Editorial Jurídica de Chile, Quinta Edición, Tomo III, página 193 y 188).

Según explica el mismo autor, existen cuatro grupos de seguros, a saber: seguros de cosas, seguros de derechos, seguros de patrimonio total y seguros de personas. “El primer grupo está formado por el conjunto de ramos de seguros en que el objeto del seguro es el interés del asegurado en una cosa... El segundo grupo está integrado por ramos que protegen un derecho existente o que se espera exigir de terceros, generalmente emanado de un contrato... En el tercer grupo encontramos los ramos en que el objeto del seguro es todo el patrimonio considerado en su conjunto... Finalmente, el cuarto grupo está compuesto por los ramos en que el objeto del seguro es la vida, la salud o la integridad física o mental de una persona; ejemplos: el seguro de vida, el seguro de accidentes personales, seguro de riesgos de enfermedades, seguro de desgravamen hipotecario, etcétera” (Ricardo Sandoval López, op. cit., pág. 191);

**DÉCIMO TERCERO:** Que, en el caso de autos, la demandada se negó a cubrir el siniestro que afectó al señor Bono-Core Mariangel, argumentando al efecto, que por padecer de hipertensión previa a la contratación del seguro y, estimando que aquello corresponde a un factor de riesgo del infarto agudo al miocardio, se está en presencia de una causal de exclusión de obertura, lo que no es compartido por esta magistrado, en atención a las normas de interpretación de los contratos, lo dispuesto por el artículo 1545 del Código Civil y la buena fe contractual que debe primar en todo el proceso contractual.

Que, así, la demandada justifica su decisión en una “evaluación médica” efectuada con fecha 31 de agosto de 2016, no presencial, emitida por un tercero ajeno al juicio que ni siquiera es individualizado en dicho documento, en que se expone: “La HTA es en este caso preexistente, de acuerdo a declaración realizada por el asegurado en la DDS. La HTA es causal directa y suficiente de Infarto al Miocardio, razón por la cual no corresponde dar cobertura al presente siniestro”.

Que, dicha “evaluación médica” no se encuentra fundada en ningún antecedente, como por ejemplo, la ficha clínica o historial médico del actor, sino sólo en su declaración de salud y los documentos acompañados al momento de la denuncia, no pudiendo desprenderse que el solo hecho de padecer hipertensión arterial, médicamente tratada, sea la causa del infarto al miocardio que afectó al sr.



Buono-Core Mariangel, observándose de la propia contestación de la demanda y pese a no adjuntarse literatura médica, que “de 50 personas que sufrieron un infarto el 38% era Hipertensa”.

Que, lo anterior, no puede ser motivo de rechazo de cobertura, pues, se pretende, fundamentarlo, al momento de contestar la demanda, en un estudio efectuado a 50 personas que padecieron un infarto al miocardio, de las cuales sólo el 38% consignaba en sus antecedentes médicos hipertensión, esto es, 19 pacientes, antecedentes médicos que además se consignan en literatura que data del año 2005 y que, se reitera, no fueron incorporados al proceso.

Que, luego, si bien la hipertensión arterial puede ser un factor de riesgo en relación a un infarto al miocardio, al igual que otras patologías o conductas (tabaquismo, sedentarismo), lo cierto es que no consta en modo alguno que haya sido la causa del infarto del actor y, a mayor abundamiento, habiéndose declarado tal preexistencia, la Compañía Aseguradora, en pleno conocimiento de lo anterior, no limitó su cobertura ni se lo expresó al actor con anterioridad, estando facultada para ello.

Luego, una decisión como la reclamada por esta vía, de negarse a otorgar cobertura al siniestro que afectó al sr. Buono-Corte Mariangel, no obstante haber percibido la Compañía Aseguradora el pago oportuno de la prima, sin reducción alguna, atenta contrata el principio de reciprocidad de los contratos bilaterales, no pudiendo menos que desprenderse que efectivamente se ha incurrido en un incumplimiento culpable e imputable a la demandada, motivos por los cuales se procederá a acoger la demanda, en el sentido que la Compañía de Seguros Confuturo S.A. deberá indemnizar al actor, por el equivalente en pesos al momento del pago, de 400 UF, que corresponde a la cobertura total pactada, lo anterior, por concepto de daño patrimonial, que no es más que el reflejo del cumplimiento del contrato celebrado.

Que dicha suma se incrementará con reajustes e intereses corrientes para operaciones no reajustables, a partir de la fecha en que esta sentencia quede ejecutoriada, de acuerdo a liquidación que efectuará el (la) sr. (a) Secretario (a) del Tribunal en la oportunidad legal pertinente, previa conversión de la Unidad de Fomento;

**DÉCIMO CUARTO:** Que, ha de señalarse que para que surja la obligación de indemnizar los perjuicios, y pese a la particular naturaleza del daño moral, éste debe ser probado por quien lo reclama, toda vez que constituye un presupuesto para el origen de la responsabilidad civil.



Así la indemnización del daño moral requiere que el mismo sea cierto, vale decir, que sea real y no hipotético, el que deberá ser demostrado por los medios de prueba legalmente establecidos por nuestro ordenamiento jurídico.

El daño moral consiste, equivale y tiene su fundamento en el sufrimiento, dolor o molestia que el hecho ilícito ocasiona en la sensibilidad física o en los sentimientos o afectos de una persona. Se toma el término dolor en un sentido amplio, comprensivo del miedo, la emoción, la vergüenza, la pena física o moral ocasionados por el hecho dañoso.

También puede ser entendido, tal como lo hace el profesor René Abeliuk Manasevich como un menoscabo de un bien no patrimonial, en cuanto dolor, pesar, angustia y molestias psíquicas que sufre una persona en sus sentimientos, consecuencias del hecho ilícito; un hecho externo que afecta la integridad física o moral del individuo.

“El daño moral consiste en la lesión a los intereses extrapatrimoniales de la víctima, que son aquellos que afectan a la persona y lo que tiene la persona pero que es insustituible por un valor en moneda, desde que no se puede medir con ese elemento de cambio” (José Luis Díez Schwerter. El daño extracontractual. Editorial jurídica de Chile, pág. 88).

Que, siendo de cargo del actor rendir prueba relativa al daño moral sufrido, en atención a lo dispuesto por el artículo 1698 del Código Civil y punto N° 5 de la interlocutoria de prueba de 16 de marzo de 2018, se procederá al rechazo del libelo en este aspecto, por insuficiencia probatoria, no siendo procedente que el Tribunal presuma tal daño;

**DÉCIMO QUINTO:** Que, la restante prueba rendida y no pormenorizada precedentemente, en nada altera lo concluido por esta magistrado;

**DÉCIMO SEXTO:** Que, atendido lo dispuesto por el artículo 144 del Código de Procedimiento Civil y no habiendo resultado totalmente vencido, se eximirá del pago de las costas de la causa al demandado.

Y visto además lo dispuesto en los artículos 1489, 1545, 1546, 1698 y siguientes del Código Civil; 144, 170, 342, 358, 384 y siguientes del Código de Procedimiento Civil; artículos 512 y siguientes del Código de Comercio y demás normas pertinentes, se decide:

**I.-** Que **se acoge** la demanda deducida en lo principal de 30 de agosto de 2017, condenándose a la demandada a pagar al actor el daño patrimonial causado con ocasión del incumplimiento del contrato de seguro celebrado entre las partes, ascendente a 400 UF, en su equivalente en pesos al momento del pago, más reajustes e intereses para operaciones no reajustables, en la forma referida en el motivo décimo tercero, **desestimándose en lo demás;**



C-23434-2017

Foja: 1

**II.-** Que **se exime** del pago de las costas de la causa a la demandada.  
Notifíquese, dése copia y archívese en su oportunidad.

**Rol N° 23.434-2017**

Dictada por doña **Soledad Araneda Undurraga**, Juez Titular.

Autoriza doña **Carla Gamboa Contreras**, Secretaria Subrogante.

Se deja constancia que se dio cumplimiento a lo dispuesto en el inciso final del art. 162 del C.P.C. En **Santiago, trece de Noviembre de dos mil diecinueve.-**



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 08 de septiembre de 2019, 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>