

Santiago, quince de diciembre de dos mil veintitrés.

En cumplimiento a lo resuelto y atendido lo dispuesto en el artículo 785 del Código de Procedimiento Civil, se procede a dictar la sentencia de reemplazo que corresponde conforme a la ley.

VISTOS:

Se reproduce la sentencia en alzada, a excepción de sus considerandos sexto y séptimo, que se eliminan, y lo expuesto en los motivos undécimo a décimo noveno del fallo de casación que precede, los que se tienen por reproducidos y como parte integrante de esta sentencia y, teniendo, además, presente:

1°.- Que, de los escritos fundamentales plasmados en el presente litigio, quedó asentado que la negativa de dar cobertura del siniestro, comunicado por medio de carta de 13 de agosto de 2013, se fundó en que la causa de fallecimiento del causante había sido diagnosticada el 8 de agosto de 2008, antes de la contratación de los seguros, sin que ello fuera informado al asegurador.

La demandante indicó al efecto que aquello no constituyó un diagnóstico definitivo, referido a la existencia de una posible “fibrosis” y no a una “cirrosis”, como se consultó en la declaración de salud respectiva, instrumento en el cual, además, facultó a la demandada para requerir de cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre su estado de salud.

2°- Que, no obstante lo expresado, y en atención a la naturaleza del contrato objeto del pleito, conforme el artículo 1698 del Código Civil, correspondía a la demandada acreditar que lo expresado en el informe de agosto de 2008, tenía la condición de diagnóstico de la enfermedad que causó el fallecimiento del causante, ocurrido por un daño hepático crónico, como se expresa en el certificado de defunción, lo que no ha ocurrido en la especie.

Lo razonado, lleva a concluir que, al no mediar un diagnóstico médico efectivo atinente a la patología que causó la muerte del asegurado, no es posible determinar que era exigible al asegurado proporcionar una información de la que carecería, en los términos que la ley y el contrato disponen, no pudiendo la aseguradora negarse a indemnizar el siniestro materializado. A ello se suma la circunstancia que la Compañía de Seguros se encontraba autorizada para requerir los antecedentes médicos del asegurado, y que le correspondía entonces verificar -en cualquier tiempo -, 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.

3°.- Que, por lo demás, si bien es cierto que en las tratativas y en la ejecución del contrato de seguro, las partes deben observar la ejecución de una conducta honesta, como manifestación del principio de buena fe, conforme se deduce del



artículo 1546 del Código Civil, lo cierto es que, en cada caso, corresponde al juez la obligación de definir en concreto los deberes de comportamiento o efectos jurídicos que derivan del mismo y que constituyen el contenido implícito del contrato.

De ahí que, del conjunto de disposiciones contenidas en los contratos de seguros, sus condiciones generales y declaraciones de salud, sólo pueden ser entendidas como una potestad-deber de la aseguradora para advertir el riesgo que cubre y si bien, la formulación de una declaración falsa constituye efectivamente una infracción al principio de buena fe, la entidad de la prueba rendida debe ser suficiente para establecer el conocimiento previo y efectivo de una patología previamente diagnosticada.

Por lo demás, en la carta donde se comunica la negativa a la cobertura del seguro, como consta a fojas 266 y siguientes, se invoca la existencia de una enfermedad preexistente, conforme el artículo 5° letra h) de las Condiciones Generales, circunstancia que supone un diagnóstico preciso y legalmente acreditado en el proceso, en modo tal que suponga controvertir la presunción de buena fe, que legamente se presume, especialmente a favor del asegurado, sin que ello haya sido desvirtuado.

4°.- Que, en relación con las prestaciones debidas, los contratos de seguro de desgravamen consignados en las pólizas números 378, 404, 422 y 435, como se precisó en la demanda, sin controversia, estaban destinados a asegurar las operaciones crediticias N° 500003941534, N° 500003829459, N° 540000673280, N° 800007712398 y N° 420011210588 con el Banco Santander-Chile, por un monto de \$348.979.259.

Los demandantes formularon, como petición principal, el pago de la suma recién indicada, sustentado en que –en diversas formas- han debido asumir el pago de las obligaciones que fueron objeto de seguro, luego del fallecimiento del asegurado; sin embargo, no se rindió prueba sobre aquella circunstancia, debiendo rechazarse en este acápite la demanda.

Sin embargo, como solicitud subsidiaria, impetraron el cumplimiento de los contratos de seguro de desgravamen, por las operaciones crediticias indicadas y plasmadas en las pólizas 378, 404, 422 y 435, y atento lo razonado en los motivos anteriores, no cabe sino acoger la demanda y ordenar el cumplimiento de los contratos de seguros objeto de este pleito, de modo que la demandada efectúe el pago de los créditos al Banco, en las condiciones pactadas.

5°.- Que, en relación a los daños extra patrimoniales demandados con ocasión del incumplimiento contractual, cuya naturaleza y monto fueron reservados para la etapa de cumplimiento del fallo, corresponde precisar que el derecho a discutir los perjuicios en aquella etapa, supone, conforme la naturaleza de la acción entablada, la rendición de los elementos de prueba que configuren el perjuicio que



se invoca, y los elementos de juicio necesarios para formular más tarde la cuantificación de los perjuicios cuya indemnización se pretende.

De esta forma, el derecho de reserva que contempla la citada disposición legal dice relación con la posibilidad de dejar para instancias posteriores -ejecución o juicio ulterior- la determinación de la especie y monto a que deberá ascender la indemnización de los perjuicios a ser pagados por una de las partes, instituto que opera sobre la premisa o presupuesto esencial de que se acredite la existencia del daño, tanto más si es éste el que genera la responsabilidad invocada, pues el ejercicio de la reserva no exime a la parte del ineludible deber de demostrar el daño cuya reparación reclama. (En ese sentido se han formulado diversas decisiones de esta Corte Suprema: fallo de 24 de octubre 2002. R, T 99, sec. 1ª, p. 263, lo mismo en Roles N° 22.323-2021, N° 71.426-2021, N° 78.848-2021, N° 45.301-2021, o N° 78.862-2021, entre otros).

Por lo expuesto, la demanda en este acápite será desestimada.

Por estas consideraciones y atendido, además, lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, se declara:

I.- Que **se revoca** la sentencia apelada de treinta de noviembre de dos mil dieciocho, escrita a fojas 304 y siguientes, en cuanto ella rechaza la demanda principal y en su lugar se declara que aquella queda acogida, sólo en cuanto se ordena a la demanda, otorgar la cobertura a los créditos garantizados con las pólizas 378, 404, 422 y 435, en las condiciones pactadas y con los recargos de intereses corrientes y reajustes correspondientes para enterar los saldos de crédito cubiertos.

II.- Que, se confirma en lo demás el fallo apelado.

Regístrese y devuélvase con sus agregados.

Redacción a cargo del Abogado Integrante Sr. Eduardo Morales R.

Rol N° 5.439-2022

Pronunciada por la Primera Sala de esta Corte Suprema, integrada por los Ministros Sr. Arturo Prado P., Sr. Mauricio Silva C., Sra. María Soledad Melo L., y los abogados integrantes Sr. Eduardo Morales R., y Sra. Leonor Etcheberry C.

No obstante, haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, no firma la Ministra Sra. Melo, por estar con permiso.





GEEBKSFJCK

null

En Santiago, a quince de diciembre de dos mil veintitrés, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

