

Santiago, cuatro de enero de dos mil veintidós.

Visto.

I.- En cuanto al recurso de casación en la forma deducido por la demandante:

Primero: Que, con fecha treinta de noviembre de dos mil dieciocho, se ha dictado sentencia definitiva de primer grado por Joel González Castillo, Juez Árbitro, que en lo pertinente, rechazó la demanda deducida por los abogados Ramón Domínguez, Cristián Celis y Andrés Carrasco, en representación de [REDACTED] en contra de Zurich Santander Seguros de Vida Chile.

Segundo: Que, la demandante interpuso recurso de casación en la forma en contra de la sentencia definitiva ya referida en el acápite anterior, en razón de haber incurrido en la causal prevista en el artículo 768 N° 5, en relación con el artículo 170 N° 4, ambos del Código de Procedimiento Civil, a fin de que acogiendo el recurso, se invalide la sentencia por haber sido dictada con vulneración de las normas que invoca, y acto seguido, y sin nueva vista, en forma separada, se dicte sentencia de reemplazo mediante la cual se acoja íntegramente la acción impetrada.

Tercero: Que, la recurrente basa la causal de casación en haber omitido la sentencia en el análisis acerca de diversos medios de prueba que sí fueron rendidos, y que no fueron adecuadamente ponderados por el Tribunal arbitral en su fallo.

Indica que en el considerando tercero de la sentencia se cita lo prescrito en el actual artículo 525 N° 1 del Código de Comercio, y en el artículo 524 N° 1, para concluir sin más, que de acuerdo al documento que rola a foja 524 de los autos arbitrales se señalaría como antecedente clínico DHC/Cirrosis y un diagnóstico histopatológico de enfermedad colestásica crónica ductopénica, con fibrosis en puente y leve actividad hepática, y que no obstante ello en tres oportunidades el asegurado [REDACTED] habría omitido informarlo a la compañía aseguradora.

Acusa que no hay en el resto de la sentencia una mención ni enumeración, ni menos un análisis del resto de la prueba vertida en la causa, omitiendo consideraciones de hecho que han de servir de base del fallo judicial, omitiendo el examen, análisis y valoración de toda la prueba rendida en el juicio.

Precisa que el sentenciador se limitó a enumerar alguna de la prueba



rendida y ha prescindido completamente del análisis de otras ni menos la ha ponderado y concordado en la forma que ordena la ley. Refiere que no existe prueba que haya podido establecer que [REDACTED] haya tenido alguna enfermedad establecida en el formulario de declaración individual de salud; no se ha analizado ni ponderado ni contrastado lo dicho por el testigo Franco Innocenti; no se analizó que el diagnóstico referido no arrojó daño hepático crónico, ni hepatitis ni cirrosis; no se analizó que no hubo prueba alguna que la conclusión histopatológica estampada en el informe de 13 de agosto de 2008 haya tenido alguna relación con la causa de muerte del asegurado; no se revisó que previo a la incorporación al seguro de desgravamen por parte de [REDACTED], la aseguradora le requirió exámenes médicos idóneos. En suma, reprocha una serie de faltas de ponderación de determinadas circunstancias, que, en parecer de la recurrente, harían consistir el vicio procesal de que se trata, y que, de haberse considerado, se habría acogido la acción deducida, ordenando el cumplimiento del contrato de seguro por parte de la aseguradora.

Cuarto: Que, respecto de la causal invocada, esta es la del artículo 768 N° 5, en relación con el artículo 170 N° 4 del Código de Enjuiciamiento Civil, para el éxito de la causal de nulidad formal en estudio, es necesario que la sentencia en revisión carezca de fundamentos de hecho o de derecho, y ello por cuanto la existencia de motivaciones en una decisión constituye una garantía del debido proceso.

Quinto: Que, un somero análisis de la fundamentación del recurso permite concluir que los hechos en que se hace consistir la causal no la constituyen, por cuanto lo cierto es que a través de su exposición en realidad se está manifestando un descontento con el proceso valorativo realizado por el juez, que el recurrente no encuentra idóneas ni concordantes con su teoría del caso, en cuanto a su fuerza de valoración.

Sexto: Que, en otro extremo, y sin perjuicio de lo explicado en el motivo anterior, lo cierto es que el recurso de casación en la forma exige no solo que la sentencia adolezca del vicio formal que se reclama, ya que no obstante aquel, el tribunal podrá siempre desestimarlos, si de los antecedentes aparece de manifiesto que el recurrente no ha sufrido un perjuicio reparable únicamente con la invalidación del fallo, situación que no acontece en el presente caso, dado que de manera conjunta al mismo la demandante ha deducido recurso de apelación, con similares argumentos, lo que lleva a desestimar la referida casación formal.



II.- En cuanto al recurso de apelación:

Se reproduce la sentencia en alzada en todas sus partes.

Y se tiene, además, presente:

Séptimo: Que, la demandante ha deducido recurso de apelación en contra de la sentencia de primera instancia, haciendo presente que la legislación aplicable al caso es la del Código de Comercio en la antigua redacción y anterior a la entrada en vigencia de la Ley N° 20.667, ello por cuanto el siniestro ocurrió en el mes de diciembre de 2012.

Sostiene que, en el caso de ser efectivo lo que se concluye en la sentencia atacada, la norma aplicable habría sido la del número 1° del artículo 556 del Código de Comercio, en su antigua redacción, cuya sanción estaba dada por lo dispuesto en el artículo 557 del mismo cuerpo normativo.

Agrega que lo mismo ocurriría con las cláusulas en las que se ampara la sentencia en su considerando cuarto, cuando señala que la supuesta reticencia de parte del asegurado a manifestar su real estado de salud acarrearía la nulidad del contrato, la que debe ser solicitada por quien tenga interés en ello, y declarada por el órgano jurisdiccional, lo que en la especie no ha ocurrido.

Indica que si se llegase a entender que las disposiciones de la Ley N° 20.667 son aplicables al caso, se deberían haber aplicado sus normas de forma íntegra, habiéndose acogido la alegación de indisputabilidad formulada en la demanda, que, al haberse rechazado, causa agravio a su parte.

Arguye que la sentencia, para rechazar la demanda se apartó de lo que precisamente se pidió acreditar en la causa. Refiere que la demandada se ampara en que dos años antes de la incorporación del asegurado al contrato de seguro, se le habría practicado una biopsia, que habría sido revisada por una doctora de apellido Smok, y que a base de ello se sostuvo que ha existido preexistencia y reticencia por parte del asegurado.

Insiste en que no se analizó toda la prueba rendida, y que no se probó que al momento de la incorporación al seguro el señor [REDACTED] haya padecido alguna enfermedad de aquellas contenidas en la declaración de salud.

Luego, agrega que la sentencia discurre sobre un supuesto incumplimiento a sus obligaciones por parte del asegurado, en orden a no informar fielmente su estado de salud, pese a que lo pedido probar en la causa fue otra cosa, esto es, si [REDACTED] padecía alguna de las enfermedades contenidas en el



formulario de salud y su relación con la causa de muerte, lo que sostiene no fue probado.

Afirma que no se rindió prueba por el demandado, ni que el riesgo hubiera cambiado, con la supuesta e inexistente reticencia, ni que la compañía hubiera asumido el riesgo en términos distintos, de modo tal que la alegación del demandado, recogida por el sentenciador, carece de toda acreditación en el proceso.

Dice, en síntesis, que en el fallo no hay ninguna línea en cuanto a la alegación efectuada por su parte, en orden a que la aseguradora incumplió con su deber de informarse. Y que se exigieron exámenes a [REDACTED] antes de su incorporación al seguro y que ellas no revelaron padecimiento alguno.

Octavo: Que, conviene dejar consignados los siguientes antecedentes relevantes del proceso:

a) Que con fecha 15 de diciembre de 2012, falleció [REDACTED]

[REDACTED], indicándose como causa de su muerte “daño hepático crónico”;

b) Que, el causante, en vida obtuvo el otorgamiento de varios créditos por parte del Banco Santander-Chile, de consumo, hipotecarios y créditos a través de tarjetas de crédito, operaciones 500003941534, 500003829459, 540000673280, 800007712398, 420011210588;

c) Que, en razón de aquellas operaciones crediticias, se contrataron 4 seguros de desgravamen que constan en las pólizas números 378, 404, 422 y 435, pólizas en que el asegurado era [REDACTED] y como beneficiario, Banco Santander Chile;

d) Que, con fecha 2 de julio de 2010, [REDACTED] suscribió una declaración de salud en la cual declaró no tener conocimiento de padecer o haberle sido diagnosticado algún tipo de enfermedad, de aquellas que el formulario de declaración contenía. En ese mismo formulario, se autorizó a la aseguradora a requerir a instituciones públicas y privadas información sobre atenciones, tratamientos, diagnósticos, exámenes y resultados a que haya sido sometido el asegurado en cualquier momento que la compañía lo considere necesario;

e) Que, los hijos del causante y demandantes de autos, efectuaron el denuncia del siniestro –consistente este en el fallecimiento del Sr. [REDACTED]

[REDACTED] a efectos de hacer efectiva las respectivas pólizas de seguro de desgravamen, siniestro al cual se le asignó el N° 90218;

BKGXLLXNTQ



f) Que, según documento de foja 214 del expediente arbitral, consta informe fechado el 8 de agosto de 2008, emitido por la médico Gladys Smok Sahid, sobre revisión de biopsia hepática, el cual señala: “*antecedentes clínicos: daño hepático crónico/cirrosis*”. A continuación de ellos se lee: “*autoinmune? Fe (fierro) ++?*”. Y la profesional concluye: diagnóstico histopatológico: “*enfermedad colestásica crónica ductopenica, con fibrosis en puente y luego actividad hepática. Hemosiderosis hepática grado 2*”.

g) Que, según consta de fojas 249, 252 y 275 del expediente de primera instancia, el asegurado declaró en tres oportunidades diferentes que no tenía conocimiento de padecer alguna enfermedad que pudiera agravar el riesgo asumido en la respectiva póliza de seguro o que derechamente hubiera impedido haber recibido la cobertura de las respectivas pólizas. Estas declaraciones fueron hechas en la declaración personal de salud de 2 de julio de 2010; declaración personal de salud de 20 de octubre de 2010 y cuestionario de examen médico de 15 de julio de 2010;

h) Que, por comunicación de 13 de agosto de 2013, según rola a fojas 199 del expediente de primera instancia, se explicita por la compañía aseguradora demandada su negativa a otorgar la cobertura de las pólizas de seguro, amparado en la reticencia del asegurado en cuanto a la declaración de su estado de salud, rechazando el siniestro.

Noveno: Que, debe prevenirse que, de conformidad a la Ley sobre efecto retroactivo de las leyes, de 7 de octubre de 1861, en su artículo 22, en todo contrato se entenderán incorporadas las leyes vigentes al tiempo de su celebración. Así las cosas, atendida la época en que se produjo tanto la contratación de las respectivas pólizas, como el fallecimiento del asegurado, se deberá estar a lo estatuido en el antiguo título VIII del Libro Segundo del Código de Comercio, que contenía la regulación del contrato de seguro.

Décimo: Que, la doctrina de la época, sustentada principalmente por el profesor Osvaldo Contreras Strauch, señalaba en cuanto a la naturaleza de las normas que regulan el contrato de seguro, que “*las normas chilenas que regulan el contrato de seguro son por naturaleza dispositivas, es decir, supletorias de la voluntad de las partes*” (En Contreras, Osvaldo. *El contrato de seguro*. Editorial Jurídica La Ley, 2002. p. 20). De aquello, entonces, resulta que además de las prescripciones que contemplaba el Código de Comercio para el contrato de



BKGLXNTQ

seguro, se debe estar a lo expresamente regulado por las partes en la respectiva póliza.

Undécimo: Que, el antiguo artículo 556 del Código de Comercio, el cual dispone el conjunto de obligaciones a las que se encuentra sujeto el asegurado, señala en su numeral 1° el “*declarar sinceramente todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos*”.

Dicha obligación del asegurado, no es más que una manifestación de un principio rector en materia de contratación de seguros, esto es, el de la máxima buena fe, que mantiene algunos matices con el principio de buena fe regulada en el artículo 1546 del Código Civil. La máxima buena fe se traduce en una doble faz: por una parte, en el deber del asegurado de proporcionar una información veraz y completa acerca del riesgo que desea asegurar, y por la otra, el deber de la aseguradora de ofrecer coberturas que esté en condiciones de cumplir.

Duodécimo: Que, a mayor abundamiento esta máxima buena fe reviste la mayor importancia, por el hecho de que el asegurador protege el interés del asegurado sobre la base de creer, en lo que éste le ha expresado sobre la naturaleza y características de la cosa asegurada y la magnitud del riesgo que le afecta; y a su vez, el asegurado contrata el seguro en el entendido de que el asegurador honrará la palabra empeñada de cubrir los riesgos especificados en el contrato.

Décimo tercero: Que, en ese orden de ideas, si la declaración del asegurado resulta ser falsa, errónea o incompleta, esto último que se traduce en las denominadas reticencias, se genera un desequilibrio en el contrato de seguro. Se ha sostenido que “*no es preciso que las acciones u omisiones del asegurado que producen en el asegurador una errónea apreciación sobre la verdadera magnitud del estado del riesgo, se hayan ejecutado de mala fe. Basta sólo que objetivamente sean defectuosas, incompletas o falsas: en una palabra, según se ha dicho ya, inductivas a error del asegurador*” (Contreras, Osvaldo. *Op. Cit.* p. 49).

Décimo cuarto: Que, por otra parte, resulta importante considerar qué se debe entender por algo “*crónico*”, esto atendida la causa de fallecimiento del asegurado. Así, se conceptualiza dicha palabra como: “*Aplícase a las enfermedades muy largas o habituales*” (Diccionario Pequeño Larousse, Ediciones Larousse, 1990). Por su parte, la Real Academia de la Lengua



BKGLXNTQ

Española, en idéntico sentido, lo conceptualiza como: “*dicho de una enfermedad larga*” y en una segunda acepción como: “*dicho de una dolencia habitual*”.

Décimo quinto: Que, en razón de lo expuesto en los acápites precedentes, y tal como se ha hecho presente por la sentencia impugnada, el artículo 7° de las condiciones generales del seguro colectivo desgravamen, que rola a fojas 150 y siguientes del expediente de primera instancia, establece en su inciso segundo: “*cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud por parte de un asegurado o del contratante, que pudiera influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora hubiera podido retraer la de la celebración del contrato o de incorporar a un asegurado a la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la compañía aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada*” (sic).

Décimo sexto: Que, a la luz de lo expresamente pactado por las partes, resulta ser un hecho que la causa de fallecimiento del asegurado decía relación con una afección hepática crónica, que ya había sido detectada en el año 2008, según da cuenta el documento de foja 214 del expediente arbitral, la impresión diagnóstica de la facultativa era que el asegurado presentaba una “*enfermedad colestásica crónica ductopenica, con fibrosis en puente y luego actividad hepática. Hemosiderosis hepática grado 2*”, situación que no fue declarada por el asegurado, lo que constituye una omisión por parte del asegurado en cuanto a declarar su condición de salud, y que en las 3 oportunidades en que tuvo que hacerlo, declaró desconocer dicha situación.

Décimo séptimo: Que, en consecuencia, debe necesariamente concluirse que la sentencia fue ajustada a derecho y a base de los antecedentes debidamente aparejados por las partes del juicio, lo que fuerza entonces a desestimar el recurso de apelación deducido en contra de la sentencia arbitral de primera instancia.

Décimo octavo: Que, pese a haber resultado la parte demandante completamente vencida, no será condenada en costas por estimar que ha tenido motivo plausible para litigar.

En mérito de lo razonado, disposiciones legales citadas y visto, además lo dispuesto en los artículos 186, 187, 189, 765, 766, 768 y 798 del Código de Procedimiento Civil, **se resuelve:**

I.- Que **se rechaza**, el recurso de casación en la forma deducido por la



demandante en contra de la sentencia definitiva dictada con fecha treinta de noviembre de dos mil dieciocho dictada por el juez árbitro Joel González Castillo;

II.- Que, **se confirma**, la indicada sentencia de treinta de noviembre de dos mil dieciocho dictada por el juez árbitro Joel González Castillo;

III.- Que, no se condena en costas a la perdidosa por estimar que ha tenido motivo plausible para litigar.

Regístrese y devuélvase por la vía que corresponda.

Redacción del Ministro Miguel Eduardo Vázquez Palma.

No firma el Ministro señor Vázquez, no obstante concurrir a la vista de la causa y del acuerdo, por encontrarse en Comisión de Servicios.

Rol Corte N° 213-2019 (Civil).



Pronunciado por la Novena Sala de la C.A. de Santiago integrada por Ministra Dobra Lusic N. y Abogada Integrante Paola Herrera F. Santiago, cuatro de enero de dos mil veintidós.

En Santiago, a cuatro de enero de dos mil veintidós, notifiqué en Secretaría 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 05 de septiembre de 2021, 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>.