

Santiago, veinticuatro de noviembre de dos mil veinticinco.

VISTO:

En estos autos Rol C-20.601-2019, seguidos ante el 22° Juzgado Civil de Santiago, comparece César Muñoz González y deduce demanda de cumplimiento forzado de contrato de seguro con indemnización de perjuicios en contra de Rigel Seguros de Vida S.A. Funda su pretensión, en que con fecha 9 de marzo del año 2012, contrató un crédito hipotecario con Banco Estado y, asociados a éste, una serie de otros productos y servicios, entre los cuales se encontraba un seguro colectivo de desgravamen y adicional de invalidez total y permanente 2/3. La acción se fundó en el incumplimiento contractual de la parte demandada, quien se negó a indemnizar el siniestro cubierto en la póliza correspondiente al contrato de seguro suscrito entre las partes el año 2012. Pidió en su libelo que se declarase que: 1. La enfermedad diagnosticada el año 2017 que dio lugar a la declaración de invalidez no era preexistente, al tiempo de la celebración del contrato de seguro, y que no omitió información al realizar la declaración simple de salud. 2. Que, la demandada incumplió la obligación contenida en el inciso 2° del artículo 529 del Código de Comercio al hacer suyo el infundado criterio de los liquidadores, rechazando el pago de la póliza correspondiente, debiendo en su lugar, dar íntegro cumplimiento a ésta. 3. Que, en consecuencia, la demandada deberá cumplir forzosamente el contrato de seguro colectivo de desgravamen y adicional de invalidez total y permanente dos tercios, para créditos hipotecarios y en consecuencia hacer pago del saldo insoluto de dicho crédito hipotecario existente a la fecha de la declaración de invalidez de su parte. 4. Que, de la declaración anterior, la demandada deberá pagar la suma equivalente a 2.013,46 UF, correspondiente al saldo insoluto del crédito hipotecario que tiene con Banco Estado. 5. Que, la demandada deberá indemnizar los daños sufridos a título de daño moral, en la suma ascendente a \$50.000.000.

Contestando el demandado pide el rechazo de la demanda alegando que el asegurado previo a la contratación del seguro fue interrogado sobre las preexistencias que pudiera padecer y a sabiendas omitió dicha información en su declaración personal de salud lo que conllevó a dictaminar el rechazo del siniestro, de conformidad al artículo 8 del POL 220130678. Relata que el día 4 de abril de 2013, y con motivo de informar el ingreso médico para realizarse una cirugía, el asegurado declaró una enfermedad previa: osteosíntesis cadera derecha. Vale decir, que el mismo asegurado reconoció que con motivo de una cirugía, padecía de una enfermedad preexistente, sin embargo, para efectos de la contratación del seguro omitió dicha información, alterando el riesgo asegurado, ya que de haber sido conocida habría permitido a su parte no asegurar el riesgo. Sostiene, que el principio de la buena fe tiene una especial importancia en materia de seguros, especialmente en relación al deber del asegurado de revelar las circunstancias del riesgo.



Por sentencia de treinta de diciembre de dos mil veintidós, la jueza a quo acogió la demanda declarando que el demandado incumplió el contrato de seguro, condenándolo a su ejecución forzada mediante pago al beneficiario, Banco Estado de Chile, de la indemnización – correspondiente al saldo total de intereses y reajustes inclusive- del crédito hipotecario adquirido por el actor con dicha entidad bancaria existente a la fecha de declaración de su invalidez y a pagarle al actor la suma de \$5.000.000 por daño moral. Para resolver de dicha manera la jueza a quo estableció que quien debía acreditar que el actor padecía de una enfermedad preexistente, que no fue declarada al momento de celebrarse el contrato de seguro y que fue la causa de su declaración de invalidez, era la aseguradora, cuestión que con la prueba aportada no logró establecer.

Apelada dicha resolución fue revocada por la Corte de Apelaciones de Santiago por determinación de siete de noviembre de dos mil veinticuatro, la que decidió, en su lugar, rechazar la acción en todas sus partes.

En su contra la parte demandante dedujo recurso de casación en el fondo.

Se ordenó traer los autos en relación.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que el recurrente sostiene que se han vulnerado los artículos 512, 514, 524 N° 1, 525, 529 N° 2, 530, 535, 590, 591 y 592 del Código de Comercio, y 1489 inc. 2°, 1545, 1546 y 1698 inc. 1° del Código Civil, toda vez que en una absoluta falta de aplicación normativa, determinó: i) Que la exclusión contractual invocada por la demandada fue justificada; ii) Que su parte omitió informar que padecía una enfermedad que no estaba diagnosticada, y que no fue declarada sino hasta el año 2017, es decir, 5 años después de efectuar la declaración de salud; y iii) Que -en errado parecer del tribunal fallador-, el accidente que sufrió su parte el año 2008, habría desencadenado la enfermedad que no fue declarada sino hasta el año 2017, omitiendo la prueba rendida en autos, y perdiendo de vista que el plazo del asegurador para alegar la reticencia o inexactitud de la declaración de salud al momento de la suscripción del contrato es de 2 años.

Al respecto refiere que su parte cumplió con todas sus obligaciones contractuales por lo que la contraria no tenía justificación legal para negar la cobertura requerida. En tal sentido, y dado que fue diligente al informar el siniestro, la aseguradora se encontraba obligada a indemnizar el daño sufrido producto de la invalidez de dos tercios que fue declarada el año 2017, ello por encontrarse cubierto el siniestro en la póliza. A lo que añade que cumplió además con sus deberes de información, que no padecía una enfermedad preexistente a la fecha de la celebración del contrato. En este sentido alega que no era procedente establecer que el accidente sufrido el año 2008 produjo una enfermedad preexistente al



momento de celebrar el contrato, ya que no existía un diagnóstico médico como el declarado el año 2017.

Por último alega que el sentenciador aplicó equivocadamente el artículo 1698 del Código Civil, pues invirtió la carga de la prueba al imponer a su parte el deber de acreditar los motivos de la supuesta omisión en la declaración de salud.

SEGUNDO: Que la sentencia cuestionada para revocar el fallo de primer grado y rechazar la demanda señaló que resultó pacífica la circunstancia de haber omitido el demandante al tiempo de realizar su declaración jurada de salud, el que estuvo hospitalizado por un accidente de tránsito que significó una cirugía de cadera, así como también, el tener una condición congénita que limitaba su visión. Luego en base a aquello razonó que *“el actor obligado a efectuar una declaración de salud completa, según las condiciones del seguro contratado, no se encontraba autorizado a restarse a entregar la información sobre tales determinantes condiciones previas, bajo la explicación de encontrarse recuperado o de alta de la operación, o el haberse desempeñado de manera permanente en la vida familiar, social y profesional sin limitaciones, empero su compromiso visual, o cualquiera otra que estimara. Todo, porque precisamente la entrega de la información completa previa a la contratación, formaba parte del proceso de evaluación de la compañía relativo al mayor o menor riesgo que suponía el otorgar cobertura, mismo al que se sometió voluntariamente el demandante al tiempo de solicitar y obtener el crédito hipotecario ya referido”*. Luego agrega que *“quien sostuvo que esas reconocidas omisiones no eran relevantes, o bien no constituían preexistencia respecto de la determinación posterior de invalidez total definitiva, debió rendir prueba al respecto, todo para descartar que su incumplimiento – la omisión en su declaración de salud – no fuere culpable, o al menos configurara condición de exclusión ya transcrita”*. Hacen presente los sentenciadores que esta condición de salud no se trataba de una condición personal, transitoria e imperceptible para quien la omitió, pues conforme a su ficha clínica, el accidente de tránsito que sufrió fue de alto impacto, iniciándose tratamientos en la unidad de emergencia del hospital al que ingresó politraumatizado el 3 de febrero de 2008, permaneciendo hospitalizado al menos hasta el 20 del mismo mes.

Sostiene el fallo recurrido que estando probada la omisión a la obligación que pesaba sobre el contratante de informar de modo completo su estado de salud al 9 de marzo de 2012, sin que hubiere rendido prueba que ponderar a fin de determinar satisfecha esa obligación, el rechazo de la aseguradora fundada en la liquidación que determinó tal evento, se encuadra en las causales de exclusión conocidas e informadas al contratante.

TERCERO: Que las disposiciones legales cuya infracción denuncia el recurrente y los argumentos esgrimidos en apoyo de sus afirmaciones en tal sentido



ponen de manifiesto que, por medio del alegato de nulidad de fondo que se ha descrito, el impugnante denuncia error de derecho en la aplicación de las normas legales sustantivas relativas a las obligaciones contractuales que emanan de los contratos de seguros tanto para asegurado como aseguradora, afirmando que su parte cumplió con sus obligaciones por lo que la aseguradora estaba obligada a cubrir el siniestro denunciado, así como también a un precepto de índole probatoria que regula la atribución de la carga de la prueba.

Para efectos de una adecuada articulación del raciocinio, habida cuenta que, según ya se expresó, el postulado de casación se encamina en la contradicción por parte de quien lo patrocina acerca de la efectiva confluencia de los requisitos y elementos para configurar un incumplimiento contractual por parte de la aseguradora, es procedente abocarse a determinar lo que concierne a las normas -de carácter probatorio- antes que lo pertinente a las normas sustantivas, las que sólo adquirirán protagonismo de ser posible para este tribunal de casación volver a examinar los hechos de la causa a objeto de estudiar su conformación con los presupuestos de la acción pretendida por el actor.

CUARTO: Que emprendiendo el análisis de los errores de derecho denunciados por el recurrente, corresponde pronunciarse primeramente respecto de las infracciones de las leyes relacionadas con la prueba. Al efecto desde ya debe consignarse, como lo ha sostenido reiteradamente esta Corte, que se entienden vulneradas las normas reguladoras de la prueba, fundamentalmente, cuando los sentenciadores invierten el onus probandi, rechazan las pruebas que la ley admite, aceptan las que la ley rechaza, desconocen el valor probatorio de las que se produjeron en el proceso cuando la ley les asigna uno determinado de carácter obligatorio o alteran el orden de precedencia que la ley les diere. Se ha repetido que ellas constituyen normas básicas de juzgamiento, que contienen deberes, limitaciones o prohibiciones a que deben sujetarse los sentenciadores. Luego, los jueces del fondo son soberanos para apreciar las probanzas, dentro del marco establecido por las normas pertinentes. Por ello, no son susceptibles de ser revisadas por la vía de la casación las decisiones de los sentenciadores basadas en disposiciones que les otorgan libertad en la justipreciación de los diversos elementos probatorios.

QUINTO: Que, de este modo, la justificación de la verdad de los hechos controvertidos en un juicio corresponde hacerla en la forma que dispone el legislador, motivo por el cual ha de resolverse inicialmente si -de acuerdo con lo anotado con antelación- a las normas que el recurrente indica se les puede atribuir el carácter de reguladoras de la prueba y, en tal evento, si han sido conculcadas como éste pretende.



SEXTO: Que bajo esta directriz, respecto de la conculcación del artículo 1698 del Código Civil, esta Corte Suprema ha sostenido invariablemente que contiene la norma básica de nuestro derecho positivo relacionada con la distribución de la carga probatoria. Se trata, entonces, de una disposición que participa de la naturaleza regulatoria de la prueba a la que se ha venido aludiendo, que contiene el ámbito de la atribución de la carga probatoria y la enunciación de los medios de prueba aceptados por el legislador del ramo, contexto en el que la misma se ve infringida cuando la sentencia obliga a una de las partes a probar un hecho que corresponde acreditar a la contraria.

A fin de dilucidar este primer postulado, corresponde realizar algunas consideraciones relativas al "onus probandi" o carga de la prueba. En ese sentido se ha dicho que la necesidad de probar no es una obligación, sino una carga, toda vez que la primera implica la subordinación de un interés del obligado al interés de otra persona, so pena de sanción si la subordinación no se efectúa; la carga, en cambio, supone la subordinación de uno o más intereses del titular de ellos a otro interés de él mismo. El litigante no está, pues, obligado a probar, la ley no lo compele a ello, es libre para hacerlo o no hacerlo; pero si no proporciona la prueba de su derecho, sus pretensiones no serán acogidas por el juez.

Citando las reflexiones de Gian Micheli en la materia, específicamente la visualización de la carga procesal como una "necesidad práctica" que representa la aportación de prueba para el actor y/o el demandado, desmarcada del concepto de "necesidad jurídica" de ceñirse a un cierto comportamiento ordenado por una norma, Enrique Paillás escribe: "Esa actividad de las partes no implica un deber de probar, sino que es una carga, esto es, el peso que recae sobre cada una de ellas, que toma sobre sí el riesgo de la prueba y sufre las consecuencias que le depare su inactividad, pues se expone a una derrota en la litis, al rechazo de su pretensión" (Estudios de Derecho Probatorio; Ed. Jurídica de Chile, año 2002, pág. 34);

SÉPTIMO: Que se ha sostenido la dificultad, en ciertos casos, de determinar a quién le corresponde cargar con el peso de la prueba, pero unánimemente se ha aceptado que ésta recae en quien sostiene una proposición contraria al estado normal u ordinario de las cosas, al que pretende destruir una situación adquirida. Así surgió la antigua regla de que el demandante es quien debe tener sobre su responsabilidad presentar las pruebas del hecho que alega a su favor, enunciándose en el derecho romano de dos maneras: *onus probandi incumbit actori* (la carga de la prueba incumbe a la parte actora) u *onus probandi incumbit ei qui dicit* (la carga de la prueba incumbe al que afirma). De esta forma, el requerido que simplemente niega los hechos que han sido sostenidos por el actor, no necesita presentar prueba alguna. Pero, si el demandante acredita los presupuestos fácticos en que funda su pretensión, la situación anterior se invierte.



Así, el demandante deberá probar los hechos constitutivos, que son aquellos que producen el nacimiento de un derecho o de una situación jurídica que antes no existía y que son el fundamento de su demanda, encontrándose el demandado, por su parte, en la necesidad de probar los hechos extintivos, impeditivos o modificativos capaces de justificar el rechazo de la demanda del actor. Lo anterior ha quedado plasmado en la regla contenida en el artículo 1698 del Código Civil, que en su inciso primero dispone: "Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta".

OCTAVO: Que respecto del yerro preceptivo en comento, cobra relevancia tener en consideración que el presente conflicto constituye una acción de cumplimiento de contrato de seguro en que el actor ha alegado que la aseguradora no cumplió con su obligación contractual de indemnizar el siniestro por su parte denunciado, correspondiente a su declaración de invalidez de 2/3; por su parte la aseguradora se ha defendido señalando que no correspondía pagar indemnización alguna por existir una causal de exclusión contractual al no haber declarado el actor el año 2012 –fecha en que se celebró el contrato- enfermedades preexistentes que fueron la causa de su declaración de invalidez, como lo era una cirugía de cadera el año 2008 producto de un accidente y problemas oculares congénitos.

NOVENO: Que mirando los antecedentes a través de la óptica en que se estructura la norma cuya vulneración se alega, al tenor de la acción deducida y alegaciones esgrimidas por el demandado, se advierte que la Corte de Apelaciones exigió al actor probar que su cirugía de cadera no era una condición relevante o bien, no constituía una preexistencia, cuestión que estimó no logró acreditar con la prueba rendida.

Que en este sentido es importante destacar que en materia de cumplimiento contractual al actor le corresponde acreditar la existencia del contrato, sus cláusulas, ello tras afirmar un incumplimiento, y al deudor, que actuó con la diligencia o cuidado debido en la prestación, o bien, en este caso, la causal que lo exonera de responsabilidad, a saber –que la invalidez del demandante tuvo como causa enfermedades preexistentes que no fueron declaradas por éste al celebrar el contrato de seguros-. Así, para el profesor Daniel Peñailillo, en lo que atinge a la prueba del incumplimiento deben tenerse en cuenta los artículos 1698 y 1547 inciso 3° del Código Civil y en dicha consideración concluye: "*En la obligación de medio, si el acreedor alega que el deudor fue negligente (que incumplió) y el deudor alega que fue diligente (que cumplió), es el deudor el que debe probar que fue diligente, porque está alegando que extinguió (por cumplimiento) su obligación de comportarse diligentemente (sin importar que un resultado no se haya producido)*" (Obligaciones. Teoría general y clasificaciones. La resolución por incumplimiento. Santiago, Editorial Jurídica de Chile, 2013, pp. 222 y ss.)



DÉCIMO: Que a la luz de lo antedicho, queda en evidencia que los jueces del fondo quebrantaron el mandato abstracto del artículo 1698 del Código Civil, toda vez que alteraron la atribución del onus probandi que debió servirles para zanjar la controversia, al haber rechazado la demanda por estimar que correspondía al actor acreditar que informó de modo completo su estado de salud el 9 de marzo de 2012 y que su operación de cadera no constituía preexistencia respecto de la determinación posterior de su invalidez total definitiva, vulnerándose además con ello el artículo 591 del Código de Comercio que define que se entiende por enfermedad o dolencia preexistentes, por cuanto, si no existían en autos antecedentes suficientes para determinar si la coxartrosis derecha fue producto del accidente de tránsito sufrido por el demandado así como respecto a la fecha en que se le diagnosticó la ambliopía, debieron haberse aplicado las disposiciones ya mencionadas y haberse estimado, tal como lo hizo el sentenciador de primer grado, que no se aportó prueba concreta en autos, por quien debía hacerlo (la aseguradora) destinada a justificar que el asegurado poseía una preexistencia médica determinante para el acaecimiento del riesgo asegurado.

Tal errónea aplicación de la ley ha tenido influencia substancial en lo dispositivo del fallo pues, como se anotó, se invirtió la carga de la prueba, rechazándose una demanda que debió ser acogida, por lo que corresponde acoger la casación en el fondo interpuesta, lo que hace innecesario abordar los restantes vicios que se denuncian.

Y visto, además, lo dispuesto en las normas legales citadas y en los artículos 764, 765 y 767 del Código de Procedimiento Civil, **se acoge** el recurso de casación en el fondo deducido por la abogada María Jimena Orrego Pasten, en representación de la parte demandante, en contra de la sentencia de siete de noviembre de dos mil veinticuatro, dictada por la Corte de Apelaciones de Santiago, la que se invalida y se reemplaza por la que se dicta acto continuo, sin nueva vista, pero separadamente.

Regístrese.

Redacción a cargo de la Ministra señora María Angélica Repetto G.

Rol N° 59.461-2024.

Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros señor Arturo Prado P. señor Mauricio Silva C., señora María Angélica Repetto G., señor Mario Carroza E. y el Abogado integrante señor Raúl Patricio Fuentes M.

No obstante, haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, no firma la Ministra señora Repetto, por estar con feriado legal.



ARTURO JOSE PRADO PUGA
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:44

MAURICIO ALONSO SILVA CANCINO
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:44

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:45

RAUL PATRICIO FUENTES
MECHASQUI
ABOGADO INTEGRANTE
Fecha: 24/11/2025 14:10:46



XLHKBKQEXQ

En Santiago, a veinticuatro de noviembre de dos mil veinticinco, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.



Santiago, veinticuatro de noviembre de dos mil veinticinco.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 785 del Código de Procedimiento Civil, se dicta la siguiente sentencia de reemplazo:

VISTO Y TENIENDO ADEMÁS PRESENTE:

1°.- Lo expuesto en los considerandos sexto a décimo del fallo de casación que antecede.

2°.- Que estos sentenciadores comparten los fundamentos expuestos en el fallo en alzada, no alterando aquello el oficio emanado de la Superintendencia de Pensiones, ya que de éste solo se puede advertir que el actor, en esos momentos de 41 años de edad, estaba solicitando su pensión de invalidez por artrosis de cadera, no existiendo ningún antecedente del que se pueda establecer, a ciencia cierta, que aquella dolencia fue producto del accidente vehicular que sufrió el año 2008, respecto de la diabetes mellitus recién le fue diagnosticada el año 2017 y en relación a la ambliopía no hay ninguna prueba de la cual se pueda obtener la fecha de su diagnóstico y el conocimiento de éste por parte del demandante previo al año 2012.

3°.- Que en virtud de lo anterior estos sentenciadores estiman que no hubo preexistencia en los términos descritos por el artículo 591 del Código de Comercio, pues la aseguradora no logró demostrar que existiera a la época de contratación del seguro un diagnóstico médico previo o coetáneo respecto de las patologías que sirvieron de antecedente al siniestro objeto de autos, por lo que no concurre la causal de exoneración que ha aducido el demandado.

Por estas consideraciones, las disposiciones legales citadas y conforme a lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, **SE CONFIRMA** la sentencia apelada de treinta de diciembre de dos mil veintidós dictada por el 22° Juzgado Civil de Santiago en los autos Rol C-20601-2019.

Regístrese y devuélvase vía interconexión.

Redacción a cargo de la Ministra señora María Angélica Repetto G.

Rol N° 59.461-2024.

Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros señor Arturo Prado P. señor Mauricio Silva C., señora María Angélica Repetto G., señor Mario Carroza E. y el Abogado integrante señor Raúl Patricio Fuentes M.

No obstante, haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, no firma la Ministra señora Repetto, por estar con feriado legal.



ARTURO JOSE PRADO PUGA
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:48

MAURICIO ALONSO SILVA CANCINO
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:48

MARIO ROLANDO CARROZA
ESPINOSA
MINISTRO
Fecha: 24/11/2025 14:10:49

RAUL PATRICIO FUENTES
MECHASQUI
ABOGADO INTEGRANTE
Fecha: 24/11/2025 14:10:50



En Santiago, a veinticuatro de noviembre de dos mil veinticinco, se incluyó en el Estado Diario la resolución precedente.

