

Santiago, seis de octubre de dos mil veinticinco.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 786 del Código de Procedimiento Civil, se dicta la sentencia de reemplazo que sigue.

VISTOS:

Se reproduce el fallo apelado, a excepción de los párrafos segundo y tercero del motivo vigésimo primero, considerandos vigésimo segundo, vigésimo tercero, vigésimo cuarto y vigésimo quinto, que se eliminan;

Y SE TIENE, ADEMÁS, Y EN SU LUGAR PRESENTE:

PRIMERO: Que, como consta en la causa, la demandante, doña María Cristina Cabrera Muñoz, contrató con la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. la póliza N° 11301563-0, denominada "Vida Ahorro 100 Plan A", cuya vigencia comenzó el 2 de octubre de 2014. Este seguro, que califica como un seguro de personas y, específicamente, como un seguro de salud, incluía una cláusula adicional de reembolso de prestaciones médicas mayores (CAD220131528).

Asimismo, es un hecho acreditado que el siniestro cubierto por el seguro ocurrió el 4 de agosto de 2017, y consistió en un cuadro de shock séptico severo de foco abdominal por perforación de intestino tras una colecistectomía. Los gastos derivados de esta cirugía y hospitalización ascendieron a la suma de \$62.706.546.

SEGUNDO: Que, el contrato de seguro, conforme a la doctrina y la ley, se define como un contrato bilateral, condicional y aleatorio, mediante el cual se transfieren riesgos al asegurador a cambio de una prima, obligándose este a indemnizar el daño o satisfacer prestaciones pactadas. Sus principios fundamentales incluyen la buena fe, el interés asegurable, la subrogación, la indemnización, la contribución y la causa inmediata.

La póliza "VidAhorro 100 Plan A", contratada por la demandante, con su "Cláusula Adicional de Reembolso de Prestaciones Médicas Mayor" (CAD220131528), se encuadra dentro de la categoría de "seguros de personas", específicamente como un "seguro de salud", tal como lo define el artículo 588 del Código de Comercio. Esta clasificación resulta relevante, ya que el principio de indisputabilidad, cuya aplicación se discute en esta causa, opera de manera específica en los seguros de personas.

El artículo 592 del Código de Comercio establece el principio de la indisputabilidad, una institución legal de carácter protector para el asegurado y fundamental en el ámbito de los seguros. Dicha norma prescribe que *"Transcurridos dos años desde la iniciación del seguro, el asegurador no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido dolosas"*. Este instituto implica



que, una vez transcurrido el plazo legal, el contrato de seguro se torna incuestionable en cuanto a las declaraciones iniciales del asegurado, salvo que se demuestre un dolo efectivo y probado en su conducta. El propósito de esta disposición es conferir certeza y estabilidad al contrato de seguro una vez transcurrido un plazo razonable desde su inicio, impidiendo que el asegurador pueda, de forma indefinida, impugnar la validez del contrato o rechazar la cobertura de un siniestro basándose en omisiones o inexactitudes en la declaración de salud del asegurado, siempre y cuando estas no hayan sido producto de dolo. Este mecanismo es una manifestación concreta de la protección al contratante débil y fomenta la confianza en el sistema de seguros.

TERCERO: Que, para determinar la aplicabilidad de esta norma en el caso sub lite, es fundamental verificar si han transcurrido dos años desde la iniciación del seguro hasta el momento en que el asegurador pretende invocar la reticencia o inexactitud. Los hechos establecidos en la causa demuestran el cumplimiento de este requisito temporal, puesto el contrato de seguro N° 11301563 fue contratado con fecha 2 de octubre de 2014, y el siniestro que afectó a la demandante ocurrió el 4 de agosto de 2017. Como se desprende de estas fechas, un período de aproximadamente dos años y diez meses transcurrió entre la iniciación del seguro y la ocurrencia del siniestro, superando con creces el plazo de dos años establecido en el artículo 592 del Código de Comercio. Este hecho es pacífico en el proceso y fue reconocido por los jueces del grado.

El plazo de dos años establecido en el artículo 592 del Código de Comercio opera como un período de preclusión para el asegurador. Una vez transcurrido, y en ausencia de dolo probado, el asegurador pierde la facultad legal de impugnar la validez del contrato basándose en inexactitudes o reticencias en las declaraciones iniciales. Este mecanismo legal, como se dijo, confiere seguridad al asegurado, evitando una revisión perpetua de su historial de salud y asegurando que, tras un tiempo prudencial, sus pagos de primas se traduzcan en una cobertura garantizada. Así, la evaluación inicial del riesgo, que pudo haber estado basada en información incompleta, se consolida en un estado "indisputable", fortaleciendo la relación contractual y protegiendo al asegurado de futuras objeciones, por lo tanto, después de este período de dos años, la ley presume que la aseguradora ha tenido tiempo suficiente para evaluar el riesgo, y cualquier omisión no dolosa debe ser asumida por ella, promoviendo así la seguridad jurídica para el asegurado.

CUARTO: Que, la excepción a la indisputabilidad, según la parte final del artículo 592 del Código de Comercio, se configura únicamente cuando las declaraciones del asegurado hubieren sido dolosas. En el presente caso, de las consideraciones de la sentencia que se revisa se evidencia que no se acreditó la



existencia de dolo en la conducta de la asegurada, doña María Cristina Cabrera Muñoz. En efecto, no se estableció de manera fehaciente que la asegurada haya actuado con dolo al momento de contratar la póliza, y de hecho, la sentencia de primera instancia, en sus considerandos vigésimo primero y vigésimo tercero, indicó expresamente que no se cuestionaba la intención de la demandante al omitir información relevante y que dicha omisión "*no habría sido dolosa o con conocimiento de causa*". Esta sola afirmación denota la ausencia del elemento subjetivo o psicológico del dolo, es decir, la intención positiva de engañar o defraudar.

La jurisprudencia nacional ha sido consistente en señalar que el dolo no se configura con una mera declaración falsa. Para que exista dolo, se requiere una "intención positiva de inferir daño", lo que implica el despliegue de actividades o maniobras dirigidas a concretar esa intención maliciosa, es decir, se exige un elemento de "positividad" en la conducta del agente. En el caso que nos ocupa, no se vislumbraron actuaciones por parte de la asegurada destinadas a consumir o mantener un engaño, y por el contrario, la misma demandante reconoció libre y espontáneamente la realización de la cirugía de bypass gástrico de 2007 al interponer un reclamo ante la Superintendencia de Salud tras el rechazo de la cobertura. Este acto de reconocimiento voluntario contradice la existencia de una conducta activa y sostenida de engaño, lo que refuerza la ausencia del requisito de la positividad para configurar el dolo.

En consecuencia, al no haberse configurado el dolo en la conducta de la asegurada, la excepción que permitiría a la aseguradora invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones del asegurado, a pesar de haber transcurrido el plazo de dos años, no resulta aplicable.

Una vez que la indisputabilidad opera debido al transcurso del plazo legal y a la ausencia de dolo probado, la discusión sobre la existencia de un nexo causal entre la condición preexistente no declarada (bypass gástrico) y el siniestro posterior (shock séptico por perforación intestinal) pierde su relevancia jurídica, puesto que la ley, a través del artículo 592 del Código de Comercio, prohíbe al asegurador invocar la inexactitud de la declaración en estas circunstancias, independientemente de cualquier conexión médica que pudiera argumentarse.

QUINTO: Que, en la comprensión de lo señalado, debe precisarse que la improcedencia de la indisputabilidad, fundada únicamente en la omisión de algún antecedente, no puede por sí constituir una conducta dolosa, ya que el artículo 592 del Código de Comercio separa ambas hipótesis, la primera, "la reticencia o inexactitud" y la segunda, la dolosa propiamente tal, la que supone el despliegue de una conducta más desarrollada que la mera omisión.



Lo anterior se ve ratificado por cuanto la sentencia de primera instancia lejos de determinar los elementos propios de la conducta dolosa, en el considerando vigésimo tercero, simplemente la equipara a la mera omisión, como si la excepción que constituye la indisputabilidad fuese idéntica a la contra excepción que la misma norma contempla, sin confrontar en su análisis que el siniestro se verificó en una situación de urgencia y no en la preparación subrepticia de una intervención médica vinculada a aquella que fue omitida en la declaración de salud.

SEXTO: Que, en la especie lo único acreditado ha resultado ser la omisión en el señalamiento de la operación de 2007, y en ello ha radicado la prueba de la demandada, particularmente la testimonial de María Labbe Barros y del médico Juan Antonio Cataldo, y la propia absolución de posiciones de la demandada que ratificaron la circunstancia de la omisión en el señalamiento de aquella operación.

Sin embargo, no ha habido prueba de la existencia del dolo más allá de la mera omisión señalada, por cuanto aquel, en el ámbito jurídico, no se presume y requiere que se manifieste en "actividades o maniobras dirigidas a concretar aquella intención malsana", elementos que no fueron probados en autos.

En cuanto a la relación del siniestro con la operación de 2007, si bien la aseguradora alegó una conexión, es importante destacar que el siniestro de shock séptico por perforación de intestino surgió a consecuencia de una urgencia nueve años después, y por lo mismo, no es posible a partir de ello inferir que se trató una situación destinada a ser cubierta maliciosamente por el seguro, o más bien que éste fue adquirido con el propósito de cubrir aquella urgencia.

Además, la prueba de la vinculación de ambos hechos requería una apreciación técnica más precisa que la sola lectura de las fichas clínicas, la que no se ha rendido en la causa, y a lo que se contrapone, además, el contenido de los certificados expedidos por el médico Jorge Bravo López, que atendió en urgencia en la Clínica Santa María, donde se precisa que: *"En la cirugía realizada de urgencia en Clínica Santa María, no se evidencia ningún factor anatómico ni de otra índole que hagan sospechar acerca de un causal con relación directa a sus cirugías previas, tampoco en los estudios imagenológicos posteriores se encontró dichas relaciones"*.

En síntesis, las cuestiones referidas a la información omitida se encuentran contenidas precisamente en la norma del artículo 592 del Código de Comercio, sin que exista prueba que evidencie la configuración del dolo como contra excepción que la misma norma contempla. La excepción no puede ser a si vez la contra excepción.

SÉPTIMO: Que, en virtud de la plena operatividad del principio de indisputabilidad y la ausencia de dolo probado, la aseguradora demandada,



Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., se encuentra obligada a indemnizar el siniestro cubierto por la póliza, como lo establecen directamente los artículos 512 y 529 N°2 del Código de Comercio.

Por lo demás, la compañía demandada no ha probado si aquella circunstancia, de haber sido conocida, habría importado negar la cobertura en los términos del artículo 6 de la póliza de seguro, exigencia que resulta congruente con la idea de que la indisputabilidad busca otorgar un tiempo prudente a la aseguradora para la indagación y verificación de antecedentes, y sirve de límite temporal durante el cual se determine la inexactitud de la declaración de salud, de modo que no pueda oponerse al asegurado excepciones vagas o generales que impidan la aplicación del contrato de seguros ante la ocurrencia de un siniestro previsto en él.

OCTAVO: Que, en relación a los perjuicios, la demandante solicitó la suma de \$62.706.546 y el pago de todos los gastos posteriores en que incurra la demandada con las hospitalizaciones mencionadas y aquellas otras que se encuentran amparadas por la póliza contratada y que se devenguen durante la vigencia de la póliza y luego de la presentación de la demanda, más de reajustes e intereses a partir de la notificación de la demandante y las costas de la causa.

La sentencia que se revisa, determinó, conforme se precisa en el motivo décimo séptimo numeral 11°, que la actora pagó a la Clínica Santa María la suma de \$20.199.439 por la hospitalización y \$1.759.321, por honorarios médicos, considerando la bonificación de la Isapre, lo que corresponde a un total de \$21.958.760, cifra menor a la solicitada en la demanda y a la que ya se habría aplicado lo cubierto por el sistema previsional de la actora.

Además, la demandante solicitó el pago de aquellos gastos relacionados con la hospitalización que motivó la demanda de cumplimiento del contrato de seguro y aquellas otras que se encuentren amparadas en la póliza contratada, a lo que se accederá conforme la extensión contenida en el contrato señalado y que sean consecuencia del siniestro que ha sido denunciado.

Por estas consideraciones, y teniendo presente lo dispuesto en los artículos 186 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, y artículos 512, 529 N°2, 542, 588, 592 del Código de Comercio, y 1489 y 1545 del Código Civil, **se revoca** la sentencia apelada de veintinueve de marzo de dos mil veintiuno, dictada por el Tercer Juzgado Civil de Santiago, y, en su lugar **se declara** que **se acoge** la demanda interpuesta por doña María Cristina Cabrera Muñoz en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., y, en consecuencia, se condena a la demandada, Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., a pagar a la demandante la suma de



\$21.958.760, correspondiente a los gastos de clínica y honorarios médicos incurridos con ocasión del siniestro, con reajustes e intereses desde la ejecutoria del fallo y hasta su pago efectivo; y, al pago de las demás prestaciones a que hubiere lugar a propósito del siniestro denunciado, todo conforme la póliza suscrita por las partes, lo que se determinará en la etapa de cumplimiento de la presente sentencia, deduciéndose aquello que haya sido cubierto por el sistema de salud de la demandante.

Se confirma en lo demás la referida sentencia.

Cada parte pagará sus costas.

Regístrese y devuélvase vía interconexión.

Redacción a cargo de la ministra Sra. María Angélica Repetto G.

Rol N° 37.454-2024.

Pronunciado por la Primera Sala de la Corte Suprema integrada por los Ministros señora María Angélica Repetto G., señor Mario Carroza E., señor Jorge Zepeda A., señor Miguel Vázquez P. y señora Dobra Lusic N.

No obstante, haber concurrido a la vista de la causa y al acuerdo, no firma el Ministro señor Carroza, por estar con feriado legal.



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

