

Santiago, seis de octubre de dos mil veinticinco.

VISTOS:

En estos autos Rol C-19.521-2018, sobre juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicios, seguido ante el Tercer Juzgado Civil de Santiago, caratulados "Cabrera con Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.", por sentencia de veintinueve de marzo de dos mil veintiuno, se rechazó la demanda, eximiéndose de las costas a la demandante.

Aquella resolución fue objeto de un recurso de apelación por la demandante, y, en sentencia de dieciocho de julio de dos mil veinticuatro, una sala de la Corte de Apelaciones de Santiago la confirmó en todas sus partes.

En contra de esta última decisión, la misma parte dedujo un recurso de casación en el fondo.

Se ordenó traer los autos en relación.

CONSIDERANDO:

PRIMERO: Que, previo al estudio del recurso interpuesto y conforme lo previene el artículo 775 del Código de Procedimiento Civil, corresponde analizar si de los antecedentes de autos se manifiestan vicios en la sentencia que den lugar a la casación en la forma.

Al conocer, entre otros, el recurso de casación, la norma señalada autoriza a los tribunales para invalidar de oficio las sentencias, debiendo oír sobre este punto a los abogados que concurren a alegar en la vista de la causa. Pero si, como sucede en la especie, los defectos formales invalidantes sólo han sido detectados después de completarse el trámite de la vista, nada obsta a que pueda entrar a evaluar esos vicios con prescindencia de tales alegatos, en la medida que aquéllos revistan la suficiente entidad como para justificar la anulación del veredicto en que inciden, presupuesto cuya concurrencia quedará en evidencia del examen que será consignado en los razonamientos expuestos a continuación.

SEGUNDO: Que, para una adecuada comprensión del asunto, es preciso detallar algunos antecedentes relevantes del proceso:

1º.- Doña María Cristina Cabrera Muñoz interpuso demanda en juicio ordinario de cumplimiento de contrato de seguros con indemnización de perjuicios en contra de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A.. El objeto de la demanda era obtener el cumplimiento del contrato de seguro, identificado como la póliza N° 11301563-0, denominada "Vida Ahorro 100 Plan A", cuya vigencia comenzó el dos de octubre de dos mil catorce y que incluía una cláusula adicional de reembolso de prestaciones médicas mayores. La demandante expuso que el siniestro cubierto por el seguro ocurrió el cuatro de agosto de dos mil



diecisiete 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.

La demandante argumentó que, habiéndose acreditado la existencia del contrato de seguro y que el siniestro ocurrió durante su vigencia, la aseguradora tenía la obligación legal, conforme al artículo 529 N° 2 del Código de Comercio, de pagar la suma asegurada, lo cual no había hecho.

En virtud de lo anterior, la demandante solicitó que se condenara a la demandada al pago de las prestaciones relacionadas con la cirugía y hospitalizaciones entre el cuatro de agosto y el quince de septiembre de dos mil diecisiete por la suma de \$62.706.546, el pago de todos aquellos gastos posteriores relacionados y amparados por la póliza, que las sumas respectivas fueran aumentadas con los reajustes e intereses correspondientes a partir de la notificación de la demanda, y la expresa condena en costas.

2º.- La demandada, en su contestación, solicitó el rechazo de la demanda, basando su defensa en que la actora había omitido información relevante en su declaración personal de salud al momento de contratar el seguro. Específicamente, alegó que la demandante no declaró una cirugía de bypass gástrico a la que se sometió en el año 2007, la cual implicó en su momento una hospitalización, omisión que constituía un claro incumplimiento de las obligaciones de la asegurada, quien estaba obligada a declarar sinceramente todas las circunstancias que solicitará el asegurador para apreciar la extensión de los riesgos, conforme a lo establecido en el artículo 524 de la Ley N° 20.667. La aseguradora sostuvo que, de haber sido informada de este historial médico, no habría considerado a la demandante como asegurable para esa cobertura, y que la omisión o inexactitud de la demandante fue dolosa, lo que, a su juicio, la exoneraba de su obligación de pagar la indemnización solicitada, haciendo inaplicable la institución de la indisputabilidad consagrada en el artículo 592 del Código de Comercio. La compañía también alegó que las prestaciones médicas actuales guardaban relación directa con la cirugía gástrica previa de dos mil siete.

TERCERO: Que, por sentencia de primera instancia, de veintinueve de marzo de dos mil veintiuno, se rechazó la demanda.

Se asentaron en sus fundamentos los siguientes hechos:

1.- Que doña Cristina Muñoz Tejos, la demandante, contrató con fecha 02 de octubre de 2014 la póliza de seguro N° 11301563 con la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. Esta póliza corresponde a un "Seguro de Vida Individual con Primas Variables Vinculado a Activos de Inversión" (código



MXXNBEPNMTK

POL220131561) y contiene una Cláusula Adicional de Reembolso Complementario de Gastos Médicos (código CAD220131528).

2.- Las condiciones de la póliza establecen, entre las exclusiones, las enfermedades o dolencias preexistentes, sus consecuencias y complicaciones, entendiendo por tales las diagnosticadas o conocidas por el asegurado antes de la contratación del seguro. Una de las obligaciones del asegurado es la de declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite la Compañía para identificar y apreciar la extensión del riesgo; sin embargo, en la declaración de salud, la contratante informó "no" a las preguntas sobre hospitalización e intervención quirúrgica, no obstante haberse sometido durante el año 2007 a una intervención de bypass gástrico.

3.- La asegurada sufrió un siniestro con fecha 04 de agosto de 2017, consistente en un cuadro de shock séptico severo de foco abdominal por perforación de intestino tras una colecistectomía. El diagnóstico de egreso de la asegurada indicó "*Shock séptico abdominal secundario a perforación de yeyuno, en relación a entero-entero anastomosis / peritonitis generalizada severa*" y mencionaba como antecedente: "*Antec de By pass gástrico hace 9 años y colecistectomía + cirugía revisional de By pass mayo/2017 (resección de segmento de asa común, en otro centro)*".

4.- La Compañía de Seguros tomó conocimiento de que la asegurada había sido sometida a una cirugía de Bypass Gástrico en el año 2007, lo cual no fue informado en la declaración personal de salud. Por comunicación de fecha 15 de noviembre de 2017, Consorcio comunicó a la asegurada el rechazo de la cobertura del siniestro, indicando que "las inexactitudes en la Declaración Personal de Salud son determinantes en el riesgo", que "las prestaciones actuales guardan directa relación con la cirugía Gástrica del año 2007" y decidió "rescindir contrato para la cláusula de Reembolso Prestaciones Médicas Mayor" con devolución de primas. La asegurada recurrió de esta decisión, pero la Compañía mantuvo el rechazo de cobertura, y efectuado un reclamo administrativo ante la Superintendencia respectiva, igualmente se desestimó la cobertura.

En cuanto a la fundamentación para el rechazo, la sentencia de primera instancia se basó en la omisión de información relevante por parte de la asegurada, considerando que esta faltó a los principios de buena fe e interés asegurable, alterando el riesgo en la contratación y vulnerando la ley del contrato, e infringiendo los artículos 1545 y 1546 del Código Civil y aquellos otros de la póliza que establecen la obligación de declarar sinceramente y las consecuencias de errores o reticencias en la declaración de riesgo.



MXXNBEPNMTK

A partir del considerando vigésimo, luego de conceptualizar el contrato de seguro y precisar los procedimientos relativos al siniestro, indicó que la negativa a indemnizar el siniestro decía relación precisamente con la omisión de información por la asegurada y si bien no cuestionó la intención de la actora (tercer párrafo del motivo vigésimo primero) sobre ello, estimo que con ello ha faltado a los principios de buena fe e interés asegurable. Agregó también la existencia de una infracción a la ley del contrato, puesto que el contrato de seguros, tanto en el título de las “exclusiones”, o en el de “declaraciones del asegurado”, obligaba al asegurado a informar detalladamente lo que la compañía requiriese acerca de todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación de los riesgos al momento de la contratación de la póliza, respondiendo los cuestionarios que la Compañía le presente, describiendo las patologías preexistentes y sometiéndose a los exámenes médicos que le sean requeridos, cuyo costo asumiría la demandada (artículo sexto del contrato).

A juicio de la sentenciadora, incluso de considerarse que aquella omisión no ha sido dolosa o con conocimiento de causa, debe considerarse que la intervención por by pass gástrico en 2007 supone algún tipo de obesidad con alteraciones médicas que ello puede conllevar, sin que se haya acreditado “la no relación entre la operación de by pass gástrico de 2007, intervención de marzo de 2017 y el ingreso a urgencias de la actora en la Clínica Santa María en agosto de dicho año”, como se precisa en el párrafo final del motivo vigésimo tercero del fallo, a lo que se agregó que “... si bien constan 2 certificados médicos emitidos por el dr. Jorge Bravo, con fechas 04 de enero de 2018 y 04 de septiembre de 2019 (ambos posteriores a la comunicación de rechazo de cobertura), lo cierto es que de acuerdo a fichas clínicas acompañados a la causa, tanto ingresadas a la carpeta virtual como en custodia, se indica que la intervención de marzo de 2017, importó entre otras cosas cirugía revisional de By Pass mayo (sic)/2017, resección intestinal y anastomosis enteral por cirugía digestiva más colecistectomía laparoscópica.”.

Concluyó así la sentencia que no solo se acreditó la omisión de información relevante al momento de la contratación del seguro cuya cobertura se reclama, sino que la intervención silenciada tuvo injerencia en la intervención de marzo de 2017 y las complicaciones posteriores que dieron lugar al ingreso a urgencia de la demandante en la Clínica Santa María “... no pudiéndose descartar su vinculación con el informe del dr. Bravo, a falta de otro tipo de prueba idónea, como informe de peritos u otro”.

CUARTO: Que, la sentencia de primera instancia fue objeto de un recurso de apelación de la demandante, y, en decisión definitiva de dieciocho de julio de



MXXNBEPNMTK

dos mil veinticuatro, la Corte de Apelaciones de Santiago, la confirmó en todas sus partes.

QUINTO: Que las exigencias legales y constitucionales referidas a la fundamentación de las sentencias enunciadas más arriba, obliga a los jueces a ponderar todos los antecedentes del proceso, y particularmente en un aspecto relevante que fuera planteado por la demandante, esto es, si en el caso, se verifica la hipótesis de indisputabilidad en los términos del artículo 592 del Código de Comercio, y si se cumple la contra excepción contenida en la misma norma, por haber existido una actuación dolosa de la demandante en la omisión de los antecedentes relativos a la intervención quirúrgica de 2007, y su incidencia en los hechos comprendidos en el siniestro cuyo pago se solicita en la demanda.

Al efecto los jueces de instancia estimaron que la sola omisión indicada, impedía la aplicación de la norma de la indisputabilidad, puesto que se omitió información relevante, aunque, como se indicó en el motivo vigésimo primero de la sentencia de primera instancia, que confirmó la Corte de Apelaciones, “no se cuestiona la intención de la actora con tal circunstancia”, sin diferencias en cuanto a la naturaleza de la excepción que constituye este instituto jurídico y la contra excepción prevista en la parte final del mismo artículo 592 del Código de Procedimiento Civil.

SEXTO: Que, como se expresó más arriba, las consideraciones reseñadas en el motivo anterior no formaron parte del análisis sustantivo de los jueces del fondo careciendo la decisión de la Corte de Apelaciones, en consecuencia, de la fundamentación a que se encuentra obligada en virtud de lo dispuesto en el artículo 170 N° 4 del Código de Procedimiento Civil.

En efecto, al enfrentar los antecedentes de autos con lo que se ha expresado resulta inconcuso que la sentencia impugnada, en el caso sub judice, no ha dado cumplimiento a los requisitos legales indicados, pues la construcción argumentativa de los jueces del fondo no se condice con las pruebas rendidas en la causa ni con los hechos que ellos mismos asentaron en relación a la configuración del dolo exigido en el artículo 592 del Código de Comercio, cuyo análisis -en las hipótesis previstas en esa norma- no se ha formulado de manera comprensible.

SÉPTIMO: Que, queda de manifiesto, entonces, que la sentencia cuestionada se construye a partir de motivaciones contradictorias e insuficientes y sin correlato en aquellos antecedentes debidamente rendidos en la causa, quedando desprovisto el fallo de la fundamentación exigida en el artículo 170 N° 4 del Código de Procedimiento Civil, con lo cual se configura el vicio de casación formal previsto en el numeral 5° del artículo 768 del mismo cuerpo legal.



OCTAVO: Que, el artículo 775 del texto legal citado dispone que pueden los tribunales, conociendo por vía de apelación, consulta o casación o en alguna incidencia, invalidar de oficio las sentencias cuando los antecedentes del recurso manifiesten que ellas adolecen de vicios que dan lugar a la casación en la forma, hipótesis que se presenta en este caso, según se expusiera precedentemente, incurriendo el fallo en comento en un defecto de validez que influye sustancialmente en lo dispositivo del mismo y que es menester declarar y enmendar.

Por estas consideraciones y visto, además, lo dispuesto en los artículos 768 N° 5 y 786 del Código de Procedimiento Civil, **se anula, de oficio**, la sentencia de la Corte de Apelaciones de Santiago de dieciocho de julio de dos mil veinticuatro, la que se reemplaza por la que se dicta a continuación, separadamente, pero sin nueva vista.

Téngase por no presentado el recurso de casación en el fondo interpuesto por el abogado Osvaldo Contreras Buzeta, en representación de la demandante.

Regístrate.

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.



MXXNBEPNMTK