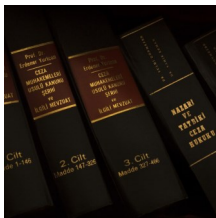


Sentencias



Seguro. Cumplimiento de seguro con indemnización de perjuicios. Uso del bien distinto al declarado.



Recurso de Protección. Recalculo de pensión.



Seguro de salud. Recurso de protección.

Seguro. Cumplimiento de seguro con indemnización de perjuicios. Uso del bien distinto al declarado.



Rol: C-2034-2018

Tribunal: 26° Juzgado Civil de Santiago

Fecha: 26 de marzo de 2019

Resultado demanda: Rechaza demanda con costas

Hechos

La demandante suscribió con la demandada un contrato de Seguros de Vehículo con vigencia desde septiembre de 2016 a septiembre de 2017. Según señaló en la demanda, la póliza incluye asegurar todos los daños materiales que pueda sufrir el vehículo, ya sea por volcamiento, colisiones, así como también por robo, o hurto, entre otros. En febrero del año 2017 el vehículo fue robado, razón por la cual se presentó la denuncia respectiva y se inició una investigación a cargo de la Fiscalía; haciéndose también la denuncia en la compañía de seguros. Continuando con el proceso, se inició la liquidación directa del siniestro, determinando la compañía aseguradora, que pese a existir Pérdida Total por robo, es improcedente el pago de la indemnización; esto debido a que no se habría informado verazmente la extensión de los riesgos, ya que el vehículo era utilizado como "Uber". La actora sostiene que esto no se acreditó en el proceso de liquidación y que el vehículo es realmente utilizado para uso particular. En enero de 2018, se interpuso demanda de cumplimiento de contrato de seguro con indemnización de perjuicios en contra de la compañía de seguros.

La demandada contestó, solicitando el rechazo de la demanda con costas. Señaló que en el contrato de seguro se transfieren a la compañía aseguradora uno o más riesgos a cambio del pago de una prima, quedando esta obligada a indemnizar el daño que sufre el asegurado en los términos contratados en la póliza y, por tanto, la compañía no se encuentra obligada a indemnizar todo daño, sino que solamente aquel cuyo riesgo ha asumido.

Sostiene que, de acuerdo con el contrato vigente a la época del siniestro, la obligación de indemnizar al asegurado está condicionada al cumplimiento por parte de éste de las obligaciones que de él emanan, especialmente la de declarar sinceramente y sin reticencias sobre los riesgos que asume la compañía y las circunstancias del siniestro, obligación que no se cumplió. Luego de las diligencias correspondientes y antecedentes recopilados, se pudo constatar que en las declaraciones formuladas al momento de contratar se incurrió en un inexcusable error, reticencia e inexactitud, debido a que se declaró que el uso del vehículo era particular y no para transporte de pasajeros, uso para el que realmente fue adquirido. Este hecho constituye una infracción grave al deber de máxima buena fe exigible en el contrato de seguros, vulnerando sus obligaciones consagradas en la póliza, y configurándose una exclusión de cobertura establecida en el contrato. Sostiene que no existe responsabilidad de su parte y opone en subsidio, excepción de contrato no cumplido.

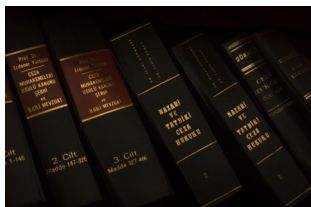
Sentencia

El tribunal hace como primera mención el hecho que la demandante no acompañó prueba alguna en juicio que le permitiera acreditar sus pretensiones y agrega que es un hecho pacífico la existencia del contrato de seguro que liga a las partes, pero que sin embargo, apreciada la prueba rendida por la parte demandada, en particular la propuesta de seguro, unido al informe de liquidación y el audio percibido, se concluye que la demandada no está obligada a responder en los términos de la póliza, pues la demandante no cumplió con su obligación de usar el vehículo para fines particulares, sino que lo hizo para el transporte de pasajeros y por tanto no cumplió fielmente su obligación de informar a la aseguradora sobre el estado del riesgo asegurado. Por lo anterior, se rechaza la demanda con costas y acoge la excepción de contrato no cumplido.

Normativa aplicable

Artículos 1489, 1545, 1546, 1547 y 1560 del Código Civil; 524 N° 1 y 8, 525, 529 N° 2, 531 y 543 del Código de Comercio.

Recurso de protección. Recálculo de pensión.



Rol: 5997-2018

Tribunal: Corte de Apelaciones de Rancagua

Fecha: 10 de enero de 2019

Resultado demanda: Acoge recurso

Hechos

El recurrente expone que en el 2004 suscribió con la recurrida un contrato de seguro de renta vitalicia, en la que los beneficiarios eran su cónyuge y uno de sus hijos. En el mes de mayo de 2009, se emite un dictamen de invalidez respecto de otro de sus hijos, y en atención a esto, se le incorpora como beneficiario, por lo cual su pensión se rebaja. Señala que, en julio de 2018, el hijo que contaba con un dictamen de invalidez falleció. Por eso, solicitó a la recurrida que se manifestará sobre el reembolso de su pensión relacionados con descuentos y cualquier otro concepto concerniente a la pensión, en relación a su hijo fallecido, de forma posterior al fallecimiento. Como respuesta, la Compañía señaló, que no era posible efectuar el recalcule de su pensión por el fallecimiento, ya que dicho evento estaría considerado en el riesgo asumido por la compañía.

Asevera que la negativa de la Compañía a hacer devolución de su pensión y a efectuar el recalcule de la nueva pensión es del todo ilegal y arbitraria, atendido lo expuesto por la Circular N°2062, emitida por la Superintendencia de Valores y Seguros, hoy Comisión para el Mercado Financiero, en cuanto a la pérdida o cambio de la calidad de beneficiario. Por lo anterior, la recurrida le ha privado de su derecho a la propiedad sobre la pensión de renta vitalicia, al no reembolsar los montos correspondientes desde el fallecimiento de su hijo y al negarse al recalcule de la misma.

La recurrida, pide que se rechace el recurso con costas, negando que los hechos hayan ocurridos en la forma señalada por el recurrente, así como la existencia de vulneración de garantías constitucionales, ya que la supuesta acción ilegal y arbitraria que señala el recurrente, no es más que la aplicación de la normativa vigente en materia de Rentas Vitalicias Previsionales, específicamente lo dispuesto en el Decreto Ley 3500 y las circulares de la Superintendencia de Pensiones y de la Comisión para el Mercado Financiero.

Señala que la Compañía ha dado estricto cumplimiento al contrato y a lo dispuesto en las normas que lo regulan, por lo que su cumplimiento o incumplimiento debe ser declarado por un tribunal, en un juicio legalmente tramitado ante el órgano competente.

Sentencia

Esta Corte solicitó informe a la Comisión para el Mercado Financiero, que evacuando el informe señaló que "a través de la renta vitalicia se traspasa a la compañía el riesgo de sobrevida del afiliado y de sus beneficiarios legales, por lo tanto, el monto de la pensión contratada ya considera la probabilidad de fallecimiento. De este modo, cuando fallece uno de los integrantes del grupo familiar no ha cambiado el riesgo asumido por la aseguradora, sino que se ha materializado la probabilidad de que ello ocurriera..."

Que, esta materia no ha sido expresamente resuelta por la normativa especial, no obstante la Superintendencia de Valores y Seguros a través de su Circular N° 2062, impartió directrices para los casos de pérdida o cambio de la calidad de beneficiario de algún integrante del grupo familiar, en que estableció que deberá procederse al recalcule de la pensión de referencia vigente y determinar una nueva pensión recalculada.

Es cierto, que el sistema admite la posibilidad de recalcular las pensiones en función de la agregación o eliminación de un beneficiario, sin embargo, el organismo fiscalizador ha excluido, en su informe, la posibilidad del recalcule en el caso de fallecimiento de un beneficiario, por estimar que éste es un riesgo que se encuentra considerado en el contrato. Sin embargo, lo anterior constituye una discriminación infundada porque la causa de la pérdida de la calidad de beneficiario es irrelevante, cuando lo importante es atender al efecto que ello produce, más aún si la consideración principal que debe tenerse en cuenta es el carácter previsional del contrato de que se trata.

Que, si bien, el Decreto Ley establece que el contrato de renta vitalicia inmediata debe ajustarse a las normas generales que dicte la Superintendencia, señala igualmente que ellas deben resguardar la naturaleza previsional de este seguro y, por ende, el derecho del asegurado a la seguridad social y, a condiciones contractuales justas.

Por ello, aun cuando la Circular que regula la materia no considera dentro de las causas de pérdida de la calidad de beneficiario la muerte de uno de ellos, este hecho, tiene iguales consecuencias jurídicas que las demás causales.

Por las consideraciones anteriores y otras, se acoge el recurso, sin costas.

Normativa aplicable

Circular N° 2062 Comisión para el Mercado Financiero; Artículos 5, 58, 62, 61, 66, 67, 70 Decreto Ley 3500; Artículo 542, 543 del Código de Comercio; Artículo 19 N° 2 y 24, y 20 de la Constitución Política de la República.

Seguro de salud. Recurso de protección.



Rol: 59218-2018

Tribunal: Corte de Apelaciones de Santiago

Fecha: 10 de diciembre de 2018

Resultado demanda: Acoge recurso

Hechos

El recurrente presenta un recurso en contra de su Compañía aseguradora, proveedora de su Póliza de Prestaciones Médicas, por el actuar arbitrario e ilegal consistente en negarse a cubrir la operación a la que se sometió en el año 2018, frente a lo cual existiría una vulneración a sus garantías del artículo N° 9 y 24 del artículo 19 de la Constitución Política de la República

El recurrente señala que en el año 2009 fue operado de cáncer en cuerda vocal derecha, instancia donde fue cubierta la enfermedad por la recurrida, quedando la afección totalmente superada; sin embargo, en el año 2018 sufrió una Disfonía causada por cordectomía debiendo someterse a una nueva cirugía. Frente a esta nueva cirugía, la Compañía decidió no dar cobertura al siniestro, justificando que está relacionada con el cáncer anterior, y que, desde ese diagnóstico, han transcurrido más de 4 años, por lo que no corresponde entregar cobertura, ya que solo se cubren los gastos durante ese lapso de tiempo, según los términos pactados.

El recurrente se defiende indicando que es un acto erróneo y arbitrario el unir ambos procedimientos quirúrgicos como si se tratara de una misma enfermedad prolongada en el tiempo.

La recurrida explica, que la póliza contratada establece un plazo máximo de cobertura de 4 años desde la fecha de diagnóstico, que en el caso particular, se ha consumido con creces, ya que el nuevo gasto presentado se encuentra directamente relacionado con la enfermedad base que se le diagnóstico en el año 2009; estableciéndose que se trata de un mismo evento, por lo que el rechazo se encuentra fundado en el contrato válidamente emitido, suscrito y acordado entre las partes, no incurriendo en ninguna decisión que se pueda calificar de arbitraria e ilegal. De esta forma, la recurrida alega que la acción cautelar de protección no es la vía idónea para resolver materias de lato conocimiento.

Sentencia

La Corte de Apelaciones determina, que a partir de los antecedentes médicos aportados, las enfermedades corresponden a afecciones distintas y por consiguiente no resulta pertinente aplicar la cláusula de cuatro años, por tanto, la aseguradora debe dar la cobertura contratada, y reembolsar los gastos médicos y hospitalarios en que incurrió el recurrente el año 2018.

De igual forma, se indica que la recurrida, al manifestar que las dos intervenciones constituyen un mismo evento, no adjunta informe ni acompaña datos para avalar su postura. Así, se rechaza la alegación de que la acción cautelar no es la vía idónea para resolver un asunto de lato conocimiento, ya que lo que se está reprochando es una situación de hecho motivada por un acto contrario a la ley y realizado por mero capricho, desde que abusando de su poder dominante decidió por sí y ante sí, que una enfermedad que se manifestó después de 9 años, era la misma que por su naturaleza ya estaba superada, afectando con el ello el legítimo derecho de propiedad del actor, a ser reembolsado de los gastos en que incurrió y que cubre su contrato de seguro, en relación a su patología.

En atención a todo lo anterior, se acogió el recurso, con costas.

Normativa aplicable

Contrato de Seguros; Artículo N° 9 y 24 del artículo 19 y artículo 20 de la Constitución Política de la República.

CENTRO DE RIESGOS Y SEGUROS UC

Av. Libertador Bernardo O'Higgins 340, Edificio Derecho, piso 4, oficina 407

Teléfono (+56) 22354 5090

<http://centroriesgosyseguuros.uc.cl>