Pfeffer & Asociados
Abogados

¿Qué ha resuelto la Excma. Corte Suprema sobre el cumplimiento del seguro de desgravamen en favor de los herederos de un causante que no habría declarado una enfermedad preexistente?

En días recientes, la Corte Suprema rechazó un recurso de casación en la forma y acogió el de casación en el fondo, interpuestos en contra de la sentencia dictada por la Corte de Santiago que confirmó aquella arbitral de base, que desestimó una demanda por cumplimiento de contrato de seguro, interpuesta por los hijos del causante en contra de la aseguradora.

La parte demandante sostuvo que su padre falleció en el año 2012 producto de un "daño hepático crónico", y acusan a la demandada de no cumplir con el pago de cuatro seguros de desgravamen que el causante contrató, debido al otorgamiento de créditos por un total de $348.979.259.-, monto que los herederos han debido pagar al Banco acreedor; por lo tanto, solicitan al juez árbitro que ordene a la demandada el cumplimiento de los cuatro contratos de seguros.

Añaden que la compañía de seguros no dio lugar al pago acusando una enfermedad preexistente, que el causante no informó en su declaración inicial al momento de contratar, en tal sentido, la demandada puntualiza que en el año 2008 el asegurado se realizó una biopsia que arrojó la existencia de una fibrosis en el hígado, padecimiento que -según la aseguradora- sería el antecedente directo de la muerte del causante.

El juez árbitro rechazó la demanda, al considerar que, "(…) los artículos 524 y 525 del Código de Comercio establecen el deber de sinceridad, y que en el proceso se determinó que la causa de muerte del

causante fue un "daño hepático crónico", que fue diagnosticado el 8 de agosto de 2008 y que el asegurado indicó en tres oportunidades que no tenía diagnóstico, negando así una afección hepática en los cuestionarios"; decisión que fue confirmada por la Corte de Santiago en alzada, al rechazar el recurso de casación en la forma y apelación en subsidio deducido por la demandante.

En contra de este último fallo, los herederos del asegurado interpusieron los recursos de casación en la forma y en el fondo.

En su libelo de nulidad formal, esgrimieron la falta de consideraciones de hecho y de derecho que sirvieron de sustento al fallo de base, petición que fue desestimada por la Corte Suprema al observar que, "(…) el recurso de casación formal no puede prosperar ya que el fallo de casación de la Corte de Apelaciones no puede ser impugnado mediante el mismo recurso".

Respecto a la nulidad sustancial, la demandante acusó la infracción de los artículos 556 N°1 y 557 N°1 del Código de Comercio, en su versión anterior a la Ley N°20.667 de 2013, al artículo 190 N°6 del Decreto con Fuerza de Ley N°1 de 2006 del Ministerio de Salud, todo en relación con el artículo 1546 del Código Civil.

La recurrente sostuvo que en la presente causa no hubo un diagnóstico previo de la enfermedad que causó el fallecimiento del asegurado, ya que el informe del año 2008, que invocó la demandada, refiere una circunstancia distinta al daño hepático crónico que causó su deceso. No ha existido así, precisa, una enfermedad preexistente que hubiese sido diagnosticada con antelación a las declaraciones de salud

suscritas para el otorgamiento de los seguros de desgravamen, sin que exista una relación de causalidad entre ambas circunstancias.

En su sentencia, el máximo Tribunal hizo lugar al recurso de casación en el fondo, luego de razonar que, "(…) resulta evidente que los sentenciadores del fondo, concluyeron la concurrencia de los supuestos del artículo 7° de las Condiciones Generales, pero sin existir medios de prueba eficaces acerca de la relación de causalidad entre el diagnóstico entregado en 2008 y la causa de la muerte del causante, pues para ello, no basta la mera apreciación general sostenida en la sentencia recurrida".

En ese sentido, la sentencia hace hincapié en la ley vigente al momento de la celebración del contrato entre las partes, puntualizando que, "(…) De este modo, la naturaleza y grado de peligrosidad de los riesgos que penden sobre el objeto de la cobertura se conoce con la expresión "estado del riesgo" y bajo la vigencia del Código de Comercio previo a las modificaciones introducidas por la Ley Nº20.667, se vincula a las informaciones proporcionadas por el asegurado bajo el prisma de la buena fe. Así las cosas, el riesgo y el interés asegurable, es decir lo que induce al asegurado a celebrar la convención, son elementos íntimamente ligados y constituyen la causa del contrato de seguro de manera que, acaecido el siniestro procede la cobertura del riesgo asegurado, por lo cual la relación causal entre la enfermedad no declarada y la muerte no es un elemento extraño al contrato".

A mayor abundamiento la Corte añade que, "(…) De este modo, forma parte de la interpretación contractual determinar que el "daño hepático crónico", causa de la muerte de asegurado, se debe a alguna enfermedad especialmente no declarada y que tenga incidencia causal en

aquélla, no resulta posible sostenerla únicamente a partir de los antecedentes que invocó la demandada, ya que el informe de 2008 no indica la existencia de una insuficiencia hepática en las condiciones de causar la muerte del causante, como se deduce del certificado médico de defunción de aquél".

En mérito de lo expuesto, la Corte Suprema acogió el recurso de casación en el fondo y en sentencia de reemplazo, revocó aquella de base y ordenó a la demandada el pago de la cobertura de los cuatro seguros pactados.

Vea sentencias Corte Suprema Rol N°5.439-2022, de reemplazo y Corte de Santiago Rol N°213-2019.